தமிழ்நாடு சட்டமன்ற மேலவை.

வியாழக்கிழமை, 1975 மார்ச் 27.

சென்னை, செயின்ட் ஜார்ஜ் கோட்டையிலுள்ள மேலவை மண்டபத்தில் பிற்பகல் 4 மணியளவில் மாண்புமிகு மேலவைத் தலைவர் (திரு. சி. பி. சிற்றரசு) அவர்கள் தலைமையில் அவை கூடியது.

1. வினாக்கள்—விடைகள்

உடுக்குறியிட்ட வினாக்கள்.

Selection Grade Posts

* 190 *Q.*—THIRU P. R. THOMAS: Will the Hon. the Minister for Education be pleased to state:

(*a*) whether it is a fact that the Secretarial Assistants **have** not yet been promoted to Selection Grade from 1st January 1971 on the basis of percentage; and

(*b*) if so, whether the Government will issue **necessary** orders for the same?

தேர்வுத்தர பதவிகள்.

திரு. பி. ஆர். தாமஸ்: மாண்புமிகு கல்வி அமைச்சர் அவர்கள் கீழ்க்கண்ட வினாக்களுக்குப் பதிலளிக்க வேண்டுகிறேன்:

(அ) அலுவலகவியல் உதவியாளர்களுக்கு 1—1—1971 முதற்கொண்டு சதவீத அடிப்படையில் தேர்வுத்தர பதவி உயர்வு அளிக்கப்படவில்லை என்பது உண்மையா?

(இ) ஆமெனில், அதற்குத் தேவையான ஆணைகளை அரசு பிறப்பிக்குமா?

மாண்புமிகு டாக்டர் இரா. நெடுஞ்செழியன்: (அ) ஆம்.

(இ) இப்பொருள் அரசின் பரிசீலனையில் உள்ளது.

திரு. பி. ஆர். தாமஸ்: சதவிகித அடிப்படையில் தேர்வு நிலை 1—1—1971லிருந்து வழங்கப்படுகிறது. 10 ஆண்டு அடிப்படையில் 1—4—1974லிருந்து வழங்கப்படுகிறது. இந்த அடிப்படையில் அவர்களுக்கு அறிவிக்கப்படும்போது வழங்கப்படுமா என்பதை அறிய விரும்புகிறேன்.

மாண்புமிகு டாக்டர் இரா. நெடுஞ்செழியன் : தலைவரவர்களே, பி.டி. ஆசிரியர்களுக்கும், முதல் நிலைத் தமிழாசிரியர்களுக்கும், சிறப்பு ஆசிரியர்களுக்கும் 10 ஆண்டுக்கால அடிப்படையில் தேர்வு நிலை வழங்க வேண்டுமென்று உத்தரவிட்டிருந்தாலும், சிறப்பு ஆசிரியர்களைப் பொறுத்த வரையிலும் விளக்கம் கேட்க வேண்டிய அவசியம் ஏற்பட்டுள்ளது. என்ஜினியரிங் இன்ஸ்ட்ரக்டர்ஸ், அக்ரிகல்சுரல் இன்ஸ்ட்ரக்டர்ஸ், செக்ரடேரியல் அஸிஸ்டெண்ட்ஸ் என்று இருக்கும்போது, ரூ. 300 சம்பளம் வாங்குகிறவர்களுக்கு இந்த கிரேட் கொடுக்கலாமென்றும், ஆனால் ரூ. 375 வாங்கி ரூ. 650க்கே போகிறவர்களுக்குக் கொடுப்பது சரியாகாது என்றும் நிதித் துறையினர் மறுப்பு தெரிவித்துக்கொண்டிருக்கிறார்கள். இந்த விளக்கங்கள் பெற்றதற்குப் பிறகு, ரூ. 300 அடிப்படை வாங்குகிறவர்களுக்கும், பி. டி. ஆசிரியர் வாங்குகிற அடிப்படையிலே கிடைத்துவிடும். தற்போது நிதித்துறையைக் கலந்து கொண்டு நாம் முடிவு செய்ய வேண்டியிருக்கிற காரணத்தால்தான், காலத் தாழ்வு ஏற்பட்டிருக்கிறது. விரைவிலே அதுபற்றி அறிக்கை விடுவோம்.

* 191 *Q.*—Thiru P. R. THOMAS (on behalf of Thiru K. S. Ganapathi) : Will the Hon. the Minister for Education be pleased to state :

(*a*) whether it is a fact that the Government granted Selection Grade Scale of Pay to all those who are in the pay scale of Rs. 300–15–420–20–500 and who have completed 10 years of service; and

(*b*) if so, the reason for the denial of Selection Grade to erstwhile Grade-I Language Teachers, Secretarial Assistants, Agricultural Instructors etc., who also draw the same scale of pay ?

திரு. பி. ஆர் தாமஸ் (திரு. கே. எஸ். கணபதி சார்பில்); மாண்புமிகு கல்வி அமைச்சர் அவர்கள் கீழ்க்கண்ட வினாக்களுக்குப் பதிலளிக்க வேண்டுகிறேன்—

(அ) ரூ. 300—15—420—20—500 சம்பள வீதத்தில் பணியாற்றி 10 ஆண்டுகள் பணி முடித்த அனைவருக்கும் தேர்வுத்தர சம்பள வீதத்தை அரசு வழங்கியுள்ளது என்பது உண்மையா?

(இ) ஆமெனில், இதே சம்பள வீதத்தைப் பெறுகிற முன்னாள் முதல்நிலை மொழி ஆசிரியர்கள், அலுவலகவியல் உதவியாளர்கள், வேளாண்மைப்பள்ளி ஆசிரியர்கள் போன்றோருக்கு தேர்வுத்தரம் அளிக்க மறுப்பதற்கான காரணம் யாது?

மாண்புமிகு டாக்டர் இரா. நெடுஞ்செழியன் : (அ) & (இ) அரசாணை எண். 519, கல்வி, நாள் 31—3—1973-ல் பி.டி. ஆசிரியர்களுக்கும், முதல்நிலைத் தமிழாசிரியர்களுக்கும், சிறப்புப் பிரிவு ஆசிரியர்களுக்கும்,

1975 மார்ச் 27]

பத்தாண்டு காலப் பணி அடிப்படையில் தேர்வு நிலைப்பதவி அளிக்க ஆணையிடப்பட்டது. அதன்படி பி. டி. ஆசிரியர்களுக்கும் முதல்நிலைத் தமிழாசிரியர்களுக்கும் தேர்வுநிலை அளிக்கப்பட்டது. தேர்வு நிலை அளிக்கப்பட வேண்டிய, வினாவில் குறிப்பிட்டுள்ள, சிறப்புப் பிரிவு ஆசிரியர்களுக்கும் தேர்வுநிலை கொடுப்பதை தெளிவாக்கும் கருத்துரு அரசின் ஆய்வில் உள்ளது.

Grade-I Ex-Hindi Pandits

* 192 *Q.*—THIRU P. R. THOMAS (on behalf of Thiru K. S. Ganapathi) : Will the Hon. the Minister for Education be pleased to state :

(*a*) the number of Grade-I Ex-Hindi Pandits in the Revenue District of Tiruchirappalli, working in 'B' Wing Schools, who have passed the Pulavar Examination of the Madras University and working as Secondary Grade Teachers, without being absorbed as Grade-I Tamil Pandits; and

(*b*) the reason therefor ?

முன்னாள் முதல்நிலை ஹிந்தி ஆசிரியர்கள்.

திரு. பி. ஆர். தாமஸ் (திரு. கே. எஸ். கணபதி சார்பில்) : மாண்புமிகு கல்வி அமைச்சர் அவர்கள் கீழ்க்கண்ட வினாக்களுக்குப் பதிலளிக்க வேண்டுகிறேன் :

(அ) திருச்சிராப்பள்ளி ரெவின்யூ மாவட்டத்தில் உள்ள "பி" பிரிவு பள்ளிகளில் பணியாற்றும் முன்னாள் முதல்நிலை ஹிந்தி ஆசிரியர்களில் எத்தனை பேர் சென்னைப் பல்கலைக் கழகப் புலவர் தேர்வில் தேறி செகண்டரி கிரேடு ஆசிரியர்களாகப் பணியாற்றி வந்தும் முதல்நிலைத் தமிழ்ப் பண்டிதர்களாக நியமிக்கப்படவில்லை ?

(இ) அதற்கான காரணங்கள் யாவை ? -

மாண்புமிகு டாக்டர் இரா. நெடுஞ்செழியன் : (அ) ஒருவர் தான்.

(இ) இரு மொழிக் கொள்கையைக் கடைப் பிடித்ததன் காரணமாக முன்னாள் ஹிந்தி மற்றும் இதர மொழிப் பண்டிதர்களும் அன்றைய தினத்தில் அவர் அவர்களது பொதுக் கல்வித்தகுதிகளைப் பொறுத்து ஆசிரியரல்லாத பதவிகளிலோ அல்லது நடுநிலை, இடைநிலை மற்றும் பி. டி. ஆசிரியர்களாகவோ நியமிக்கப்பட்டனர். அவர்கள் எந்தப் பதவியிலிருந்தாலும் அவர்களது ஊதியத்திற்குப் பாதுகாப்பு அளிக்கப்பட்டது. குறிப்பிட்ட ஆசிரியருக்கு மாற்றுப் பதவி அளிக்கும் பொழுது முதனிலை தமிழ்ப் பண்டிதராவதற்கு தகுதி பெற்றிருக்கவில்லை யாதலால் முதனிலை தமிழ்ப் பண்டிதராக எடுத்துக் கொள்ளப்படவில்லை.

Incentive Increments to Physical Training Instructors.

*193 *Q.*—THIRU P. R. THOMAS: Will the Hon. the Minister for Education be pleased to state:

(*a*) whether it is a fact that, as per G.O. Ms. No. 42, Education, dated 10-1-1969, two incentive increments are given to those Physical Training Instructors, Grade-I, who have passed Diploma in Physical Education; and

(*b*) if so, whether Instructors who have passed B.P.Ed., will be given the same?

உடற்பயிற்சி ஆசிரியர்களுக்கு ஊக்கச் சம்பள உயர்வு.

திரு. பி. ஆர். தாமஸ்: மாண்புமிகு கல்வி அமைச்சர் அவர்கள் கீழ்க்கண்ட வினாக்களுக்குப் பதிலளிக்க வேண்டுகிறேன்:

(அ) உடற்பயிற்சிக் கல்வி தகுதிப் பட்டையத் தேர்வில் தேர்ச்சியடைந்த முதல்தர உடற்பயிற்சி ஆசிரியர்களுக்கு, கல்வித்துறையைச் சேர்ந்த 10—1—1969ஆம் நாளிட்ட 42ஆம் அரசாணையின்படி இரண்டு ஊக்கச் சம்பள உயர்வு கொடுக்கப்பட்டுள்ளதா?

(இ) ஆமெனில், உடற்பயிற்சிப் பட்டப் படிப்பில் தேர்வு பெற்றுள்ள உடற்பயிற்சி ஆசிரியர்களுக்கும் அவ்வாறு சம்பள உயர்வு கொடுக்கப்படுமா?

மாண்புமிகு டாக்டர் இரா. நெடுஞ்செழியன்: (அ) ஆம்.

(இ) இப்பொருள்மீது தமது கருத்துரை அரசுக்கு அனுப்புவதாக பள்ளிக் கல்வி இயக்குநர் தெரிவித்துள்ளார். அக்கருத்துரு பெறப்பட்டதும் அதன்மீது தக்க முடிவு எடுக்கப்படும்.

திரு. பி. ஆர். தாமஸ்: தலைவரவர்களே, அரசு ஆணை 42ல் "டிப்ளமா இன் எஜுகேஷன்" பெற்றிருந்தால் இரண்டு ஊக்க ஊதியம் கொடுக்கலாமென்று இருக்கிறது. ஏறத்தாழ அதற்கு ஏற்ற வகையிலே அந்தத் தகுதி உடையதாகத்தான் "பேச்சலர் ஆப் பிசிகல் எஜுகேஷன்" இருப்பதனால், அவர்களுக்கும் இந்த இரண்டு ஊக்க ஊதியம் அளிக்க அரசு முன்வருமா என்பதை அறிய விரும்புகிறேன்.

மாண்புமிகு டாக்டர் இரா. நெடுஞ்செழியன்: தலைவரவர்களே, பள்ளிக் கல்வி இயக்குநர் அந்த அளவுக்கு அவர்களுடைய பரிந்துரையைச் செய்திருக்கிறார்கள். அரசின் பரிசீலனையில் இது இருக்கிறது. விரைவில் முடிவு எடுக்கப்படும்.

1975 மார்ச் 27]

Patients who Died of Rabies

* 194 *Q.*—THIRU P. R. THOMAS: Will the Hon. the Minister for Health be pleased to state:

(*a*) whether it is a fact that some patients died due to Rabies in the Government Erskine Hospital, Madurai, during the month of December 1974, inspite of the full course of preventive injections; and

(*b*) if so, the action proposed to be taken thereon to create confidence in the minds of the people regarding this prevention?

வெறி நாய்க்கடியால் இறந்த நோயாளிகள்.

திரு. பி. ஆர். தாமஸ்: மாண்புமிகு மக்கள் நல்வாழ்வுத்துறை அமைச்சர் அவர்கள் கீழ்க்கண்ட வினாக்களுக்குப் பதிலளிக்க வேண்டுகிறேன்:

(அ) வெறி நாய்க்கடி தடுப்பு ஊசிகள் முழு அளவுக்குப் போடப்பட்ட போதிலும், 1974ஆம் ஆண்டு டிசம்பர் திங்களில் மதுரை அரசினர் எர்ஸ்கின் மருத்துவமனையில் நோயாளிகள் சிலர் வெறி நாய்க்கடி நோயினால் (Rabies) இறந்தது உண்மையா?

(இ) ஆமெனில், இந்நோய்த்தடுப்பு குறித்து மக்கள் மனதில் நம்பிக்கை ஊட்ட எடுக்கக் கருதியுள்ள நடவடிக்கை யாது?

மாண்புமிகு திரு. க. அன்பழகன்: (அ) வெறிநாய்க்கடி தடுப்பு ஊசிகள் முழு எண்ணிக்கையில் போட்ட போதிலும் ஒரே ஒரு நோயாளி மட்டும் இறந்து விட்டார்.

(இ) வெறி நாய்க்கடிக்கு வெறிநாய்க்கடி தடுப்பு சிகிச்சை முறை நூற்றுக்கு நூறு பயன் தருவதில்லை. வெறி நாய் கடித்தவுடன் உடனடியாக சிகிச்சை அளிக்கப்பட்டால், அந்நோய் பற்றிக் கொள்ளும் வாய்ப்பு மிகக் குறைவு. வெறி நாய்க்கடி சிகிச்சை குறித்து பரவலான பிரச்சாரம் செய்வதன் மூலம் மக்களின் மனதில் நம்பிக்கை ஏற்படுத்தப்படுகிறது. இத்தகைய பிரச்சாரம் மருத்துவ மனை ஒவ்வொன்றிலும் செய்யப்பட்டு வருகிறது.

திரு. கே. ராஜாராம்: மாண்புமிக்க தலைவரவர்களே, கடித்த நாய் வெறிநாயாக இல்லாமல், சாதாரண நாயாக இருந்து ஊசி போட்டால், அந்த ஊசியினுடைய "ரிஆக்ஷன்" மிகவும் ஆபத்தில் கொண்டுபோய் விடுமா, உயிருக்கு ஆபத்தில் கொண்டுபோய் விடுமா என்பதை அறிய விரும்புகிறேன்.

[1975 மார்ச் 27

மாண்புமிகு திரு. க. அன்பழகன் : தலைவரவர்களே, நான் கேள்விப் பட்டதைத்தான் சொல்ல முடியும். சாதாரண நாய் கடித்திருந்து சந்தேகம் இருந்தால், ஊசி போடலாமென்றுதான் சொல்லுகிறார்கள். ஆனால் அதுபற்றித் திட்டவட்டமாக நான் சொல்லுவது தவறாகும்.

திரு. பி. ஆர். தாமஸ் : இந்த பாதிக்கப்பட்ட குடும்பத்திற்கு அரசு ஏதாவது உதவித் தொகை வழங்க முன்வருமா என்பதை அறிய விரும்புகிறேன்.

மாண்புமிகு திரு. க. அன்பழகன் : பாதிக்கப்பட்ட குடும்பம் என்ற சொல் எத்தனையோ வகையாக, எத்தனையோ நிலையில் உள்ளவர்களுக்குப் பொருந்தும். பாம்பு கடித்து இறந்து போகிறவர்கள் நிறைய இருப்பார்கள். ஆகவே நாய் கடித்தது, பாம்பு கடித்தது, பூனை கடித்தது என்று இறந்து போகிறவர்கள் பாதிக்கப்பட்டவர்கள் என்று கருதப் பட்டால், அப்புறம் வேறு மாதிரி யாருமே இறக்க மாட்டார்கள். ஆகவே அப்படி இந்தக்கருத்தை பரவலாகக் கொள்ளலாமா என்பது மிகவும் சிந்திக்கப்பட வேண்டிய ஒன்றாகும்.

திரு. ஒய். வெங்கடேஸ்வர தீக்ஷிதர் : இப்போது நகரங்களிலே, கிராமங்களிலே யாராலும் பராமரிக்கப்படாமல் ஊதாரித்தனமாகத் திரியும் "ஸ்ட்ரே டாக்ஸ்"ஐப் பிடிப்பதற்கு நாளுக்கு நாள் கஷ்டம் அதிகரித்துக் கொண்டிருக்கிறது. அவைகளைப் பிடிப்பதற்கு நகராட்சியிலே சரியான ஆள் கிடைக்கமாட்டானென்கிறார்கள். இதற்கு முன்னாலே, ஒரு 10 வருஷத்திற்கு முன்னாலே எல்லாம் நாயைப் பிடிப்பது "ஈசியாக" இருந்தது இப்போது அந்தத் தொழிலைக் கைவிட்டிருக்கிறார்கள். இப்போது நாளுக்கு நாள் வளர்ந்து வரும் நகரத்திலே அது மாதிரி ஒரு தொழிலைக் கைவிட்டு விடுவதற்குத்தான் நினைக்கிறார்களே தவிர, பிடிப்பதில்லை. சாமர்த்தியமாகப் பிடித்துக்கொண்டு வருவதற்கு ஏதாவது ஒரு திட்டம் தயாரிக்கப்படுமா என்பதை அறிய விரும்புகிறேன்.

மாண்புமிகு திரு. க. அன்பழகன் : தலைவரவர்களே, நாகரிகம் வளருவது என்பதே 4 அணவுக்கு நடைபெற்ற காரியம் இப்போது இரண்டு ரூபாய்க்கு நடைபெறுகிறது என்பதுதானே தவிர, அதை விட நாகரிகம் அதிகமாக வளரவில்லை. போதுமான கூலி கிடைத்து ஒரு 5 அல்லது 10 நாய்களைப் பிடிக்கின்றவர்களுக்கு ரூ. 8 அல்லது ரூ. 10 கிடைக்கும் என்றால், நிச்சயம் அதைச் செய்ய அவர்கள் தயாராக இருக்கிறார்கள். சென்னை நகரிலே இந்த நாய்களுடைய எண்ணிக்கை பெருகிவருகிற காரணத்தால், அவற்றைப் பிடிப்பதை ஒரு லாபகரமான தொழிலாக ஆக்கினால், அதைப் பிடிக்கிற தொழில் வெற்றிகரமாக நடைபெறுமென்று மாநகராட்சியினுடைய சிறப்பு அலுவலர் கருதி, இப்படி பிடிக்கப்பட்ட நாய்களுடைய எண்ணிக்கையை அந்த நாய்த் தோலைக் கணக்கிடுவதன் மூலமாக சரிபார்த்து கணக்கிட்டு, நாய்த் தோலையே பாடம் செய்து, பதனிட்டு, அதிக விலைக்கு விற்கக் கூடிய நிலைமையை இன்றைய தினம் உண்டாக்கியிருக்கிறார்கள். ஆகவே, திருச்சி, ஸ்ரீரங்கம் போன்ற இடங்களிலே உள்ள நாய்களுக்கும் கூட அந்தத் தோலுக்கு விலை கிடைக்கிற முறையிலே பிடிக்கப்பட்ட நாய்த் தோல்களைப் பயன்படுத்த ஆரம்பித்தால், நிச்சயமாக அங்கேயும் பிடிக்க ஆரம்பித்து விடுவார்கள்.

1975 மார்ச் 27]

THIRU G. VASANTHA PAI : In view of the statement just now made by the Hon. Minister that there is a profitable business going on in the sale of the skins of the dogs, will the Hon. Minister at least take precaution that good dogs are not just caught and taken away by these Dog Vans? In Sastri Nagar and its neighbouring localities, good dogs like 'Dashens' which just come out to the roadside are being caught, merely because they do not have the tokens given by the Corporation, even though they had the collar. I hope things like this will be avoided in future.

மாண்புமிகு திரு. க. அன்பழகன்: தலைவரவர்களே, நகரசபையிலே, நாய்களைப் பிடிப்பதைப் பொறுத்த வரையில், லைசென்ஸ் இல்லாத நாய் எதுவாக இருந்தாலும், அதைப் பிடிப்பார்கள். லைசென்ஸ் இல்லாமல் நகரங்களிலே நாய்களை வைத்திருப்பது பல்வேறு விதமான இடையூறு களுக்குக் காரணமாக இருக்கும். ஆகவே, நகரசபை வெறி நாய்களை மட்டும் பிடிப்பது என்ற முறையை மேற்கொள்ள முடியாது. பல நாய்கள் வெறிநாய்களாக ஆகிவிடாமல் இருப்பதற்காக, சுற்றி வருகிற, யாருடைய பொறுப்பிலேயும் இல்லாத லைசென்ஸ் பெற்ற அடையாளம் கட்டியிராத அப்படிப்பட்ட நாய்களைப் பிடிக்கத்தான் நேரிடும். ஜாதி நாய்கள் என்றால், லைசென்ஸும் அதனோடு எப்போதும் இருக்க வேண்டும்.

MR. *CHAIRMAN* : My dog also had the same experience but fortunately it later returned home safely.

THIRU G. VASANTHA PAI : Sir, my neighbour had a very fine dog "Dashen". One fine morning this van came and took it away, because this metal disc which is supplied by the Corporation was not tied in the collar since it was found to be harmful to this dog. I think it would be better if some other disc, in plastic or some such other, is given. Though he had taken the licence for the dog, the metal disc which was harmful to the dog was not tied in the collar. Despite the taking of the licence, the dog was taken away by the van. May I know whether such instances could be avoided?

THE HON. THIRU K. ANBAZHAGAN : Such nice dogs, when caught and taken by the van, would not be destroyed but would be kept for at least 24 hours. The public can intimate to the authorities concerned and get the dog released.

MR. CHAIRMAN : The problem of dogs seems to have drawn the attention of the hon. Members very much. Yes. **Thiru A. R. Damodaran.**

THIRU A. R. DAMODARAN : Our complaint is that they do not keep the licence. They keep it in their houses, Sir.

Watch and Ward staff in Jails

*195 Q.—THIRU L. BALARAMAN : Will the Hon. the Minister for Food and Co-operation be pleased to state—

(*a*) whether there is any proposal under the consideration of the Government (i) to reduce and (ii) to revise the work-load of the Watch and Ward Staff in Jails; and

(*b*) if so, the details thereof?

சிறைச்சாலைக் காவலாளர்கள்.

திரு. எல். பலராமன் : மாண்புமிகு உணவு-கூட்டுறவுத் துறை அமைச்சர் அவர்கள் கீழ்க்கண்ட வினாக்களுக்குப் பதிலளிக்க வேண்டு கிறேன்:

(அ) சிறைச்சாலைக் காவலாளர்களின் வேலைப் பளுவை (i) குறைக்க (ii) மாற்றியமைக்க அரசிடம் ஏதும் செயற் குறிப்பு உள்ளதா ?

(இ) ஆமெனில், அதன் விவரம் யாது ?

மாண்புமிகு திரு. செ. மாதவன் : (அ) இல்லை.

(இ) இக்கேள்விக்கு இடமில்லை.

(பிற்பகல் 4-10)

திரு. எல். பலராமன் : தலைவரவர்களே, இந்தப் பிரச்சினை பற்றி அரசாங்கத்திற்கு சிறைக் காவலாளர்களிடமிருந்து ஏதாவது கோரிக்கை வந்திருக்கின்றதா என்று அறிய விரும்புகிறேன்.

மாண்புமிகு திரு. செ. மாதவன் : தலைவரவர்களே, பொதுவாக இந்தப் பிரச்சினை பரிசீலிக்கப்பட்டு வருகிறது. இந்த ஆண்டும் அதிகமான எண்ணிக்கையில் வார்டர்களைக் கொடுக்க வேண்டும் என்ற கோரிக்கையை அத்துறைத் தலைவர் அனுப்பியிருக்கின்றார்கள். ஆண்டு தோறும் பரிசீலிக் கப்படும் ஒன்றாகும் இது.

திரு. எல். பலராமன் : தலைவரவர்களே, காவலர்கள் 24 மணி நேரமும் தங்கள் அலுவல்கள் காரணமாக சிறையிலேயே இருக்க வேண்டி இருக்கின்றது. இதைக் குறைப்பதற்காவது, அவர்களுடைய வேலைப் பளுவினைக் குறைப்பதற்காவது அரசாங்கம் இதைப் பற்றி விரைவான நடவடிக்கை எடுத்துக் கொள்ளுமா என்று அறிய விரும்புகிறேன்.

1975 மார்ச் 27]

மாண்புமிகு திரு. செ. மாதவன் : தலைவரவர்களே, அவ்வப் பொழுது அவர்களுடைய வேலைப்பளுவைப் பரிசீலித்து, வேலைப் பளு அதிகமாக இருக்குமானால் உடனடியாக தேவையான அளவிற்கு வார்டர் களை நியமிப்பது என்று ஒரு முடிவெடுத்திருக்கிறோம். இந்த ஆண்டு பார்ட் இரண்டு ஸ்கீமில் இது போன்று அதிகமான அளவிற்கு வார்டர்கள் தேவை என்று எழுதியிருக்கின்றார்கள்.

மாண்புமிகு மேலவைத் தலைவர் : வினாக்கள் 196–ம், 197–ம் ஒத்தி வைக்கப்படுகின்றன.

Operation of Pump-sets with Alcohol

* 198 Q.—THIRU L. BALARAMAN : Will the Hon. the Minister for Agriculture be pleased to state—

(a) whether it is a fact that the Engineers of Agriculture Department experimented on the operation of pumpsets with alcohol; and

(b) if so, the details thereof ?

சாராயத்தின் மூலம் விசை ஏற்ற இயந்திரங்களை இயங்கச் செய்தல்.

திரு. எல். பலராமன் : மாண்புமிகு வேளாண்மைத் துறை அமைச்சர் அவர்கள் கீழ்க்கண்ட வினாக்களுக்குப் பதிலளிக்க வேண்டுகிறேன்—

(அ) சாராயத்தின் மூலம் விசை ஏற்ற இயந்திரங்களை இயங்கச் செய்ய, விவசாயப் பிரிவு பொறியாளர்கள் முயன்றது உண்மையா?

(இ) ஆமெனில், அதன் விவரம் யாது ?

மாண்புமிகு திரு. சி. பா. ஆதித்தனார் : (அ) ஆம்.

(இ) அவை முன் விவர அறிக்கை@ ஒன்று வைக்கப்பட்டுள்ளது.

திரு. எல். பலராமன் : தலைவரவர்களே, அளிக்கப்பட்டுள்ள விவரக் குறிப்பில், இது பரிசீலனை அளவில் இருப்பதாகத்தான் சொல்லப்பட்டிருக் கின்றது. எப்போது அந்த ஆய்வு முடிந்து, அது பரீட்சார்த்தமாக வரும் என்பதை அமைச்சர் அவர்கள் தெரிவிப்பார்களா ? இன்றைய நெருக்கடி யான நிலையில் இதிலே விரைவான நடவடிக்கை எடுத்தால், விவசாயி களுக்கு இது லாபகரமாக இருக்காதா என்று அறிய விரும்புகிறேன்.

@ ~~86—87~~ 373-374 ஆம் பக்கங்களில் இணைப்பு I-ஆக அச்சிடப்பட்டுள்ளது.

மாண்புமிகு திரு. சி. பா. ஆதித்தனார் : தலைவரவர்களே, இது பற்றிய சோதனைகள் எல்லாம் முடிந்து விட்டன. இதிலே என்ஜின்கள் ஓடுகின்றன என்பதையும் பார்த்தாகிவிட்டது. நமது வேளாண்மைத்துறையில் உள்ள தொழிற்சாலையில் ஐந்து என்ஜின்கள் இருக்கின்றன. இதை உபயோகித்து அவற்றைக்கூட ஓட்டிப் பார்க்கலாம். ஆனால் இந்த எரி சாராயத்தை, வேளாண்மைத் துறையில் உள்ள பம்பு செட்டுக்களாகப் பயன்படுத்தக்கூடிய நிலையில் இல்லை. காரணம் எரி சாராயம் ப்ளாஸ்டிக் தொழிற்சாலைகளுக்கு மூலப் பொருளாகத் தேவைப்படுகின்றது. ஆகவே, பம்பு செட்டுக்களுக்கு டீசல் எண்ணெயையே உபயோகித்துக்கொண்டு, எரி சாராயத்தைத் தொழிற்சாலைகளுக்குப் பயன்படுத்த வேண்டியிருக்கின்றது.

மாண்புமிகு மேலவைத் தலைவர் : வினா 199 ஒத்திவைக்கப்படுகிறது.

வினாக்கள்—விடைகள் முடிவுற்றன.

[குறிப்பு.—ஓர் உரையின் தொடக்கத்தில் இடப்பட்டிருக்கும் உடுக்குறி(*) அவ்வுரை உறுப்பினரால் சரிபார்க்கப்பட்டது என்பதைக் குறிக்கும்.]

2. ஒத்திவைப்புத் தீர்மானம்.

சென்னை சட்டக் கல்லூரி மாணவர்கள் விடுதியில் ஏற்பட்டுள்ள கலகம் குறித்து.

மாண்புமிகு மேலவைத் தலைவர் : "24—3—1975 இரவு முதல் 25—3—1975 மத்தியானம் வரையில் தொடர்ந்து சென்னையிலுள்ள சட்டக் கல்லூரி மாணவர்கள் விடுதியில் கலகம் ஏற்பட்டு சில வெளியாரிகளின் உதவியுடன் சில மாணவர்கள் உள்ளே சென்று பல மாணவர்களின் அறைகளிலுள்ள பூட்டுக்களையும் பெட்டிகளையும் உடைத்து சுமார் ஐம்பதாயிரம் ரூபாய் வரை பெறக்கூடிய சாமான்களையெல்லாம் கொள்ளையடித்துக்கொண்டு போய் விட்டார்கள். மாணவர்களிலும் சிலருக்கு இரத்த காயம் ஏற்பட்டு, சென்னை அரசாங்கப் பொது ஆஸ்பத்திரியிலும், வெளியிலும் சிகிச்சை பெற்றுக்கொண்டிருக்கிறார்கள். போலீசுக்குத் தகவல் கொடுத்தும் சரியான நடவடிக்கை எதுவும் எடுக்காமல் மிகவும் நெருக்கடியான நிலைமை ஏற்பட்டிருக்கிறது. ஆகையினால் அதைப்பற்றி விவாதித்து மாணவர்களுக்குத் தகுந்த பாதுகாப்பு கொடுக்க வேண்டிய தன் அவசியத்தைக் குறித்து விவாதிக்க சபையின் நடவடிக்கைகளை ஒத்திவைக்க வேண்டும்"

என்ற ஒரு ஒத்திவைப்புத் தீர்மானத்தை மாண்புமிகு எதிர்க்கட்சித் தலைவர் திரு. கே. ராஜாராம் அவர்கள் கொடுத்திருக்கின்றார்கள். இது எவ்வாறு ஒத்திவைப்புத் தீர்மானத்தின் கீழ் வரும் என்பதை அவர் சுருக்கமாக விளக்கிப் பேசும்படி கேட்டுக்கொள்கிறேன்.

1975 மார்ச் 27]

திரு. கே. ராஜாராம்: தலைவரவர்களே, 24-ம் தேதியன்று இரவு சட்டக் கல்லூரி மாணவர்கள் தங்கியுள்ள விடுதியில், மாணவர்களிடையிலே கோஷ்டிப் பூசல்கள், சண்டைகள் ஏற்பட்டு, அவர்களுக்குள் ஏற்பட்ட சண்டையால் ஒரு பயங்கரமான நிலைமை உருவாயிற்று. அதன் பேரிலே போலீஸுக்கு டெலிபோன் செய்து பின்னர் ஓர் உதவிக் கமிஷனரும், சில போலீஸ் அதிகாரிகளும், மற்றும் போலீஸ்காரர்களும் அங்கே வந்திருக்கின்றார்கள். இவர்கள் வந்திருந்தபோதே இந்தக் கோஷ்டிச் சண்டையில் ஒரு கோஷ்டியினர் வெளியிலிருந்து மாணவர்கள் அல்லாத ஒரு சிலரை அழைத்து வந்து, தங்களுக்கு விரோதமாக உள்ள கோஷ்டியைச் சார்ந்த மாணவர்களை அடிப்பதற்காக ஏற்பாடு செய்திருக்கின்றார்கள். இவர்கள் தங்கள் கையில் கைக்குட்டைகளைக் கட்டிக் கொண்டு, தங்களை மட்டும் அடிக்காமல் கை குட்டை கட்டிக்கொள்ளாமல் யார் யார் இருந்தார்களோ அவர்களையெல்லாம் இசன்படி அடித்திருக்கின்றார்கள்.

மாணவர்களுக்குள் சண்டை சச்சரவு வருவதுபற்றி நாம் நிறைய அனுபவத்தைப் பெற்றிருக்கிறோம். அதைப்பற்றிக் கவலைப்படவில்லை. இன்று சண்டை போட்டுக்கொள்ளுவார்கள், நாளைக்குச் சேர்ந்துகொள்ளுவார்கள். அதைப் பெரிய காரியமாக எண்ணி நான் இந்த ஒத்திவைப்புப் பிரேரணையைக் கொண்டுவர வேண்டும் என்று நினைக்கவில்லை. ஆனால் போலீஸ் அதிகாரிகள் வாசலில் இருக்கும்போதே மாணவர்கள் அல்லாதவர்கள் வெளியிலிருந்து வந்து, உள்ளே ஒரு கோஷ்டி மாணவர்களை அடித்ததோடு அவர்களுடைய அறைகளிலிருந்து ட்ரான்ஸிஸ்டர் ரேடியோக்கள், கைக்கெடியாரங்கள், விலை உயர்ந்த பேண்டுகள், ஷர்ட்டுகள் எல்லாவற்றையும், சுமார் 40 அல்லது 50 ஆயிரம் ரூபாய் பெருமான பொருள்களை எடுத்துக்கொண்டு போயிருக்கிறார்கள். இப்படியெல்லாம் நடந்தும்கூட, போலீஸ் உள்ளே வந்து இதைத் தடுக்கவில்லை. உள்ளே வர மறுத்துவிட்டார்கள். இப்படியே போய்க்கொண்டிருந்தால், பிள்ளைகள் கதி என்ன என்று நான் பார்க்க வேண்டும். பி.ஏ. படித்துவிட்டு பி.எல். படிக்க வருகின்றார்கள் அந்தக் கல்லூரிக்கு. பெற்றோர்கள் வெளி ஊர்களிலே இருக்கின்றார்கள். அவர்கள் இதைப்பற்றித் தந்தி மூலம் அல்லது பத்திரிகைகள் மூலம் அறியும்போது அவர்களுடைய மனம் எப்படிப் பதைக்கும் என்று எண்ணிப் பார்க்கவே முடியவில்லை. வெளியிலிருந்து ஆட்களைக் கொண்டு வருவது, உள்ளே இருப்பவர்களை அடிப்பது இப்படிப்பட்ட நிலைமையில் உடனடியாக நடவடிக்கை எடுக்கத் தவறினால், மிகவும் ஆபத்தாக முடியும். இது இப்படியே போய்க்கொண்டிருந்தால், மாணவர்களுடைய சண்டை கல்லூரிகளுக்கு வெளியேயும் போய்விடக்கூடும். இதைத் தடுத்து நிறுத்த வேண்டும். இந்த முக்கிய பிரச்சினைமீதுதான் விவாதம் செய்ய வேண்டும் என்று வற்புறுத்துகிறேன். சாதாரணமாக ஒத்திவைப்புப் பிரேரணை என்று கொண்டுவருவதில்லை. அவசியமானால் இதுபோன்ற விஷயங்களிலே கவன ஈர்ப்புத் தீர்மானம்தான் கொடுப்பது. தங்களுக்கு முன்பு திரு மாணிக்கவேலர் அவைத் தலைவராக இருந்த நேரத்தில் சட்ட சபை அங்கத்தினர் ஒருவர் அடிக்கப்பட்டுவிட்டார் என்று அப்போது ஒத்தி வைப்புத் தீர்மானத்தைக்கொண்டு வந்தோம். அப்போது இருந்த தலைவரும் அதை ஒப்புக்கொண்டு, ஒரு மணிநேரம்

விவாதத்தை அனுமதித்தார். அதை விவாதித்துப் பேசிய நேரத்தில் எல்லாக் கட்சியினரும் தங்கள் கருத்துக்களைச் சொல்ல வசதி ஏற்பட்டது. அந்த மாதிரி சபை முடிந்தபிறகு ஒரு மணிநேரம் இதை விவாதிப்பதற்கு அனுமதித்தால், இங்கே நடக்கும் விவாதத்தின்மூலம் வேறு கல்லூரி களில், சென்னையில் மட்டுமில்லை, வேறு எந்த ஊரிலும் இந்தமாதிரி தகராறு ஏற்படாமல் இருப்பதற்கான ஆலோசனைகளை, கருத்துக்களைத் தருவதற்கு உதவியாக இருக்கும் என்ற ஒரே காரணத்தினால் இந்த மாதிரிக் கொண்டுவந்திருக்கின்றேன். இதை அனுமதித்தால், அது அர சாங்கத்திற்கும் நல்லது, நமக்கும் நல்லது, நாட்டு மக்களுக்கும் நல்லது. எனவே இதை அரசாங்கம் அனுமதிக்கும் என்ற நம்பிக்கையோடு கேட்டுக்கொள்கிறேன்.

மாண்புமிகு டாக்டர் இரா. நெடுஞ்செழியன் : தலைவரவர்களே, மாண்புமிகு எதிர்க் கட்சித் தலைவரவர்கள் சட்டக்கல்லூரி மாணவர்கள் விடுதியில் ஏற்பட்ட கலவரம் பற்றி விவாதிப்பதற்காக இந்த அவையின் நிகழ்ச்சிகளை ஒத்தி வைக்க வேண்டும் என்ற தீர்மானத்தைக் கொண்டு வந்து, அதுபற்றித் தம் கருத்துக்களைக் கூறியிருக்கின்றார்கள். வருந்தத் தக்கதொரு நிகழ்ச்சி சட்டக் கல்லூரி மாணவர்கள் விடுதியில் நடைபெற் றிருக்கின்றது. அங்கே மாணவர்கள் இரண்டு பிரிவுகளாகப் பிரிந்து நின்று ஒருவரையொருவர் தாக்கிக்கொள்ளும் அளவிற்கு மனமாச்சரியம் ஏற் பட்டிருப்பது உள்ளபடியே வருந்தத்தக்க ஒன்றாகும். வேறு பல சமயங் களில் கட்சி மாச்சரியங்கள் ஏற்படுவது உண்டு. ஆனால் இதில் கட்சி மாச்சரியம் இல்லாமல் வேறு வகையில் மாணவர்கள் இரண்டு பிரிவு களாகப் பிரிந்து நின்று ஒருவரையொருவர் தாக்கிக்கொள்ளும் நிலைமை ஏற்பட்டுவிட்டது.

இந்த மாணவர்கள் விடுதியில் ஏற்பட்ட இந்த நிகழ்ச்சியைப் பொறுத்தவரையில், பணியாளர்கள் இரண்டொரு மாணவர்களால் அடிக் கப்பட்டார்கள் என்ற காரணத்தினால், தாக்கப்பட்ட பணியாளர்கள் இரண்டு பேரும் அந்த விடுதி உதவிக் காப்பாளரிடம் வந்து புகார் மனு ஒன்றைக் கொடுத்தார்கள். அதன் பேரில் 23—3—1975 அன்று காலை உதவிக் காப்பாளர் அவர்கள் விசாரணை ஒன்றை ஏற்பாடு செய்து, அந்தப் பணி யாளர்களையும் மாணவர்கள் இருவரையும் விசாரித்தார். அந்த நேரத் தில் இரண்டு மாணவர்கள் மீது, லிங்கப்பா, முருகேசன் என்ற இரண்டு மாணவர்கள் மீது, புகார் மனுவைக் கொடுத்திருந்தார்கள். இதை விசாரித்துக்கொண்டிருந்தபோது அந்த மாணவர்கள் இதை மிகவும் ஆட்சேபித்தார்கள் என்பது மட்டுமல்லாமல், முரட்டுத்தனமாக நடந்து கொண்டார்கள். முரட்டுத்தனமாக நடந்துகொண்டார்கள் என்பது மட்டுமல்லா மல், அவரது கை உதவிக் காப்பாளர் முகத்தில் பட்டதாக மாணவர்கள் கூறுகின்றார்கள். வேண்டுமென்றே உதவிக் காப்பாளர் முகத்தில் அடித்த தாக மாணவர்கள் சிலர் கூறுகின்றார்கள். "தாம் கை நீட்டிப் பேசிய போது அவரது முகத்தில் தமது கை பட்டுவிட்டது" என்று அவர் கூறுகின்றார். ஆனாலும்கூட அந்தமாதிரி நிலைமை ஏற்பட்டிருக்கக் கூடாது, இந்த மாணவர்கள் இதற்காக உதவிக் காப்பாளரிடம் மன்னிப்பு கேட்க வேண்டும் என்று அவர்கள் சொல்லி, முதலில் மறுத்த அந்த

மாணவர் பிறகு "என் கை அப்படிப்பட்டிருந்தால் மன்னிப்புக் கேட்டுக் கொள்கிறேன்" என்று சொல்லிவிட்டார். பிறகு நடந்தவற்றைப்பற்றி உதவிக் காப்பாளர் கல்லூரி முதல்வர் அவர்களிடம் எழுதிக்கொடுத்திருக்கின்றார். அதே நேரத்தில் வேறு ஒரு பிரிவைச் சார்ந்த மாணவர்கள், இந்த உதவிக் காப்பாளரை அடித்த மாணவருக்கு எதிராக இருப்பவர்கள் இந்த மாணவர் மீது நடவடிக்கை எடுக்க வேண்டும், அவரை "சஸ்பெண்டு" செய்ய வேண்டும் என்று முதல்வர் அவர்களிடம் சொல்லி யிருக்கின்றார்கள்.

(பிற்பகல் 4-20)

மற்றொரு குழுவினர் அவர் ஏற்கெனவே மன்னிப்புக் கேட்டுக்கொண்டு விட்டார், ஆகவே அவர் மீது நடவடிக்கை எடுக்கக்கூடாது, விட்டுவிட வேண்டும் என்று முதல்வரிடத்திலே சொல்லியிருக்கின்றார்கள். முதல்வர் அவர்களும், கல்லூரிப்பேராசிரியர்களும் என்ன செய்வது என்று கலந்து பேசி, இப்படி வார்டிலேயே அடிக்கின்ற ஒரு நிலைமை ஏற்பட்டதன் காரணமாக விசாரணை நடத்தி அதற்குத் தக்க தண்டனை கொடுக்க வேண்டும் என்று முடிவு செய்திருக்கின்றார்கள். பிறகு இந்த உதவிக் காப்பாளர் கல்லூரியை விட்டு 24-ம் தேதி காலை வெளியே வருகின்ற போது 50 பேர் சூழ்ந்துகொண்டு, "நீங்கள் அறிக்கை கொடுத்ததன் பேரிலேதானே அவர்கள் நடவடிக்கை எடுக்கின்றார்கள். ஆகவே நீங்கள் வாபஸ் வாங்கிக் கொள்ளுங்கள்" என்று வற்புறுத்தியிருக்கின்றார்கள். இதற்குள்ளாக ஒரு செய்தி பரவிவிட்டது. அங்கே உதவிக் காப்பாளருக்கு எதுவும் நடக்கவில்லை, அப்படி இருக்கும்போதே அவர்கள் உதவிக் காப்பாளரை அடித்துவிட்டார்கள் என்ற வதந்தி பரவி, அடித்துவிட்டார்களே என்று ஒரு இடத்திலிருந்து ஒரு சாரார் கிளம்பி, வெளியே போனவர் திரும்பி வந்தால் வருகிற தாக்குதல்களை உள்ளே இருப்பவர்கள் சமாளிப்பதற்கு ஆயத்தமாக இருக்க, இப்படிப்பட்ட பதட்ட நிலை ஏற்பட்டிருந்தது. இதைக் கண்ட கூடுதல் உதவிக் காப்பாளர் அவர்கள் காவல் துறையினருக்கு செய்தி அனுப்பியிருக்கின்றார்கள். காவல் துறையினர் $7\frac{1}{2}$ மணிக்கு வெளியிலே பாதுகாப்புக்காக இருந்துகொண்டிருந்தார்கள். அதற்கு நீண்ட நேரத்திற்குப் பிறகு, வெளியிலிருப்பவர்களை உள்ளே நுழையவிடாமல் தடுக்க இவர்கள் பலாத்காரமாக உள்ளே போக, இரண்டு சாராருக்கும் இடையிலே கை கலப்பு ஏற்பட்டு, காயங்கள் ஏற்படுகின்ற அளவுக்கு சூழ்நிலை ஏற்பட்டிருக்கின்றது. அங்கு இருந்த எல்லா மாணவர்களும் கூடுதல் உதவிக் காப்பாளர் அவர்களும் அவற்றைத் தடுப்பதற்கு எவ்வளவோ முயற்சிகள் எடுத்திருக்கின்றார்கள். அந்த நேரத்தில்தான் பல்வேறு நிலைமைகள் ஏற்பட்டு ஜன்னல்கள், கதவுகள், கட்டில்கள், பீரோக்கள் இன்னும் மற்ற பொருள்கள் சேதப்பட்டன. இரண்டு தரப்பிலேயும் மாணவர்கள் அடிபடுகின்ற நிலைமைக்கு ஆளாகி 18 பேருக்கு மேல் வெளியிருப்பு நோயாளிகளாகவும், உள்ளிருப்பு நோயாளிகளாகிற அளவுக்கு ஒரு சிலர் கீழ்ப்பாக்கம் பெரிய மருத்துவ மனையில் சேர்க்கப்பட்டார்கள். இந்த நிலையில் அங்கே பாதுகாப்பாக இருக்க முடியாது என்று பல மாணவர்கள் விடுதியை விட்டு வெளியேற முயன்றார்கள். அவர்களுக்கு அனுமதி அளித்து, மீதம் பேருக்கும் அனுமதி அளித்து அந்த விடுதியிலே பதட்ட நிலைமை இருப்பதன் காரணமாக

அத்தனை பேருக்கும் விடுமுறை கொடுத்து, "கால வரையறை இன்றி விடுதி மூடப்படுகிறது" என்ற அறிவிப்பை வெளியிட்டார்கள். அதற்குப் பிறகு கல்லூரியைத் திறந்தால் அங்கேயும் பதட்ட நிலைமை ஏற்படும் என்ற காரணமாக நேற்றைக்கு முன்னாள் விடுமுறை விடப்பட்டிருப்பதன் காரணமாகவும் நாளை, நாளைக்கு மறு நாளைக்கு மறுநாள் விடுமுறை இருப்பதன் காரணமாகவும், இந்த வாய்ப்பைப் பயன்படுத்திக் கொண்டு, 31-ம் தேதி அன்று கல்லூரி திறந்தால் போதும் என்று முடிவெடுத்திருக்கின்றார்கள். இருசாராருக்கும் இப்படிப்பட்ட நிலைமைகளிலே கை கலப்பு வருகின்றபோது, அங்கே போலீசார் இருந்தாலும்கூட, முதல்வர் அவர்கள் அழைத்தாலொழிய போலீசார் உள்ளே போகக் கூடாது என்ற நிலைமை இருக்கிறது. போகின்றபோதெல்லாம் அத்து மீறி உள்ளே நுழையக்கூடாது என்பதனால் வாய்ச் சொல் மூலமாக அல்லது எழுத்தின் மூலமாக அவர்கள் அழைக்காததன் காரணமாக உள்ளே போலீசார் போகக்கூடிய நிலைமை ஏற்படவில்லை. அந்தச் சமயத்தில் காப்பாளர், சக மாணவர்கள் சொல்லிக் கேட்காதவர்களை போலீசார் போய் சமாதானப்படுத்துகின்ற சூழ்நிலை வராது. அப்படிப் போனாலும், அங்கே போய் ஒன்று கைது செய்ய வேண்டி வரும் அல்லது இவர்களோடு அவர்களுக்குக் கைகலப்பு ஏற்படும். வேறு பல விளைவுகள் ஏற்படும் என்று காப்பாளர்கள் பல விடுதிகளில் அனுபவம் பெற்றிருப்பதன் காரணமாக, உள்ளே அழைக்காது வைத்திருக்கின்றார்கள். இந்த அளவுக்குத்தான் செய்தி நமக்கு வந்திருக்கிறது. மாண்புமிகு எதிர்க்கட்சித் தலைவர் சொல்கின்றபோது, கல்லூரித் தலைவரோ விடுதிக் காப்பாளரோ போலீசாரோ கொடுத்த குறிப்புகளில் மாணவர்கள் இரண்டு பிரிவுகளாகப் பிரிந்து வெளியே சென்ற மாணவர்கள் தாக்கினார்கள் என்று இருக்கிறது. வெளியிலிருந்து ஆட்கள் வந்து தாக்கினார்கள் என்று குறிப்பில் இல்லை. மருத்துவமனையிலிருந்த மாணவர்கள் கொடுத்திருக்கின்ற வாக்குமூலத்தில் வெளியார் சிலரும் கலந்திருந்ததாகச் சொல்லியிருக்கிறார்கள். மாணவர்கள் நேற்று கொடுத்திருக்கின்ற ரிப்போர்ட்டிலே அம்மாதிரி வெளியாட்கள் வந்து தாக்கினார்கள் என்று குறிப்பிட்டிருக்கிறார்கள். இப்போது இருக்கின்ற நிலைமையிலே போலீசார் முழுவதையும் விசாரணை செய்ய வேண்டுமென்று கட்டளையிட்டிருக்கின்றோம். போலீசார் தக்க பாதுகாப்பு நடவடிக்கை எடுத்து, பாதுகாப்பை வலிவுபடுத்தியிருப்பதோடு, கிரிமினல் வழக்கு 860/75, பிரிவுகள் 137, 138, 337, 426 பீனல் கோட் சட்டத்தின்கீழ் பதிவு செய்து அதற்கான புலன் விசாரணையில் ஈடுபட்டிருக்கின்றார்கள். இந்த சேதாரங்கள் எவ்வளவு என்று ஆராயும்படி கேட்டிருக்கின்றோம். நம்முடைய ஜன்னல்கள், கதவுகள் உடைந்ததால் ஏற்பட்டிருக்கின்ற சேதாரங்களைத்தான் நாம் அறுதியிட்டு அந்த அளவுக்குக் கூற முடிந்தது. எவ்வளவு சேதாரம் இந்த வகையில் என்று கேட்டபோது ரூ. 5 ஆயிரம் அளவுக்குச் சேதம் இருக்கும் என்று சொன்னார்கள். கட்டில்கள் மற்ற பொருள்கள் சேர்த்து ரூ. 8 ஆயிரம். ஆக மொத்தம் ரூ. 13 ஆயிரம் அளவுக்கு சேதமாயிருக்கக்கூடும் என்று சொல்கின்றார்கள். ஆனால் உள்ளே இருக்கின்ற பொருள்களைக் களவாடியிருந்தால், அதுபற்றி புலன் விசாரணை மூலம் தான் முழு அளவுக்குத் தெரியும். அந்தக் கருத்தை நாம் விட்டு விடாமல், இந்த அறிக்கைகளில் அது வரவில்லை என்றாலும்கூட மாணாக்கர்

௧
1975 மார்ச் 27] [டாக்டர் இரா. நெடுஞ்செழியன்]

கள் சொல்லியிருக்கும் புகார்கள் மீதும், மாண்புமிகு எதிர்க் கட்சித் தலைவர் அவர்கள் குறிப்பிட்டுக் கேட்டிருப்பதனுலும், நாம் காவல்துறையினருக்கு அதைக் கண்டுபிடிக்க வேண்டுமென்று கூறியிருக்கின்ருேம். வெளியார் யாராவது தலையிட்டிருப்பார்களாஞல், அவர்களைக் கட்டாயமாகத் தண்டித்தால்தான், வேறு பல விடுதிகளிலே இப்படிப்பட்ட சிக்கல்கள் ஏற்படாமல் இருக்கும். சரியாகவோ தவருகவோ பல விடுதிகளிலே, கல்லூரிகளிலே மாணவர்கள் பிரிந்து பிரிந்து மனமாச்சரியங்களை, சச்சரவுகளை வளர்ப்பது எல்லோருக்கும் வருத்தத்தை தரக்கூடிய ஒன்ருகத்தான் இருக்கிறது. இதிலே கண்காணிப்பாக இருக்க வேண்டும் என்ற முறையிலே தான் கட்டளையிட்டிருக்கின்ருேம். அந்தப் புலன் விசாரணை நடத்த வேண்டுமென்று முதலமைச்சர் அவர்களும் காவல் துறை அதிகாரிகளுக்குச் சொல்லியிருக்கின்ருர்கள். ஏனென்ருல், ஒரு விடுதியிலே ஏற்பட்டிருக்கும் நிலைமைகள் வேறு பல நிலைமைகளுக்கு இடம் தருமாஞல், அதன் மூலம் மாநிலத்தினுடைய அமைதியும் கெடும் என்ற காரணமாக, அதைக் கட்டாயம் கவனிக்க வேண்டுமென்று அவர்கள் குறிப்பிட்டுக் கூறியிருக்கின்ருர்கள். இந்த விவரங்கள் எல்லாம் வந்தபிறகு தக்க நடவடிக்கைகள் இதன்மீது எடுக்கப்படும் என்பதையும் நான் இந்த வாய்ப்பிலே தெரிவித்துக் கொள்ளக் கடமைப்பட்டிருக்கின்றேன். வேறு மாணவர்கள் கொடுத்திருக்கின்ற புகார்மீதும் புலன் விசாரணை சேர்த்து எடுப்பது என்ற அளவில், அங்கு பாதுகாப்பு போடப்பட்டிருக்கின்ற ஒரு சூழ்நிலை ஏற்பட்டிருக்கின்றது. அதைத் தவிர முதல்வர் அவர்களும், பேராசிரியர் அவர்களும் இந்த 2, 3 நாட்களுக்குள்ளாக ஒரு சமரச முடிவினுடைய அடிப்படையிலே 31ம் தேதி கல்லூரியினைத் திறப்பதற்கான எல்லா ஏற்பாடுகளையும் செய்ய வேண்டுமென்று கேட்டிருக்கின்ருர்கள். இதை விழிப்புணர்ச்சியோடு கண்காணிக்க கல்வித் துறையும், காவல்துறையும் என்னென்ன நடவடிக்கை எடுக்க வேண்டுமோ அதை எடுக்கும். இதில் சட்டத்துறையும் ஈடுபட்டிருப்பதன் காரணமாக மேற்கொண்டு விவாதிப்பதற்கு அவசியமில்லை என்று கூறி, தக்க நடவடிக்கைகளை அரசு மேற்கொள்ளும் என்பதனையும் இந்த வாய்ப்பிலே கூறிக்கொள்ள விரும்புகிறேன்.

திரு. கே. ராஜாராம்: தலைவரவர்களே, இதிலே கொஞ்சம் துரிதமாக புலன் விசாரணை செய்ய வேண்டுமென்று கேட்டுக்கொள்கிறேன். புலன் விசாரணை பட்சபாதமற்ற முறையில் நடக்கும்படியான அளவில், ஒரு நியாயாதிபதியை அல்லது போலீஸ் இலாகாவாக இருந்தால் டி.ஐ.ஜி. கிரேடில் உயர்தர போலீஸ் அதிகாரியைப் போட்டு விசாரணை செய்ய வேண்டும். நியாயாதிபதியை வைத்து விசாரணை செய்தால் மிகவும் நலமாக இருக்கும். முந்தாநாள் இது நடந்தது. இன்றைய தினம் சிதம்பரத்தில் பையன்களுக்குள்ளே இதுமாதிரி கலவரம் இருப்பதாக சிறிதுமுன் தகவல் வந்திருக்கின்றது. இது பரவிக் கொண்டே போகாமல் இருக்க வேண்டுமென்று நான் மிகவும் விரும்புகிறேன். ஆகவே துரிதமாக விசாரணை நடக்கவேண்டும். இதில் நீதிபதி விசாரணை நடத்த முடியுமா என்று அறிய விரும்புகிறேன்.

மாண்புமிகு டாக்டர் மு. கருணாநிதி : தலைவரவர்களே, இதற்கு நீதிபதி விசாரணை தேவையில்லை என்பதே அரசின் கருத்து. எதிர்க்கட்சித் தலைவரவர்கள் கூறியதுபோல், காவல் துறையில் பெரிய அதிகாரிகளில் ஒருவரை வைத்து, அதைப்பற்றி விசாரணை செய்வதில் ஆட்சேபணை எதுவும் கிடையாது. இது பரவுவதாகச் சொன்னார்கள். இந்த மாணவர் கள் இரண்டாகப் பிரிந்து ஒருவரையொருவர் தாக்குகின்ற நேரத்தில், இதிலே வகுப்பு அடிப்படை, சாதி அடிப்படை என்ற அளவுக்கு வந்து சேர்ந்து விடுகிறது. இப்படிப்பட்ட சாதி அடிப்படைகள் எல்லாம் வராத அளவுக்கு அந்தந்த சமுயாயத்தைச் சேர்ந்த பெரியவர்கள் பார்த்துக் கொள்ள வேண்டும் என்பதையும் இந்த நேரத்தில் தெரிவித்துக் கொள்கி றேன்.

மாண்புமிகு மேலவைத் தலைவர் : மாண்புமிகு கல்வி அமைச்சர் அவர் கள் கொடுத்த விளக்கத்திற்குப் பிறகு, இவ்வொத்தி வைப்புத் தீர்மானத் திற்கு என் இசைவை மறுக்கிறேன்.

3. அரசின தீர்மானம்.

மருத்துவம், மக்கள் நல்வாழ்வு, நகர்ப்புற வளர்ச்சி குறித்த கொள்கைக் குறிப்புகள் மீது விவாதம்.

மாண்புமிகு திரு. க. அன்பழகன் : மாண்புமிகு தலைவரவர்களே

"சட்டமன்ற மேலவை முன் வைக்கப்பட்டுள்ள மருத்துவம், மக்கள் நல் வாழ்வு, நகர்ப்புற வளர்ச்சி குறித்த கொள்கைக் குறிப்புகள் * பரிசீலனைக்கு எடுத்துக் கொள்ளப்பட வேண்டும்" என்று கேட்டுக் கொள்கின்றேன். அந்தக் கொள்கைக் குறிப்புகளை நான் இங்கே படித்து அறிவித்ததாக அவைக் குறிப்பிலே ஏற்றுக்கொள்ள வேண்டும் என்று நான் கேட்டுக் கொள்கிறேன்.

(பிற்பகல் 4-30)

மாண்புமிகு மேலவைத் தலைவர் : முன்மொழியப்பட்ட தீர்மானம்:—

"சட்டமன்ற மேலவை முன் வைக்கப்பட்டுள்ள மருத்துவம், மக்கள் நல்வாழ்வு, நகர்ப்புற வளர்ச்சி குறித்த கொள்கைக் குறிப்புகள் பரி சீலனைக்கு எடுத்துக் கொள்ளப்பட வேண்டும்."

* THIRU S. NARAYANASWAMY : Hon. Chairman, I am grateful for this opportunity to speak on the Policy Note on Public Health and on Medical Services during 1975–76. Incidentally, the Performance Budget in regard to both these has just been circulated to us, not only to-day, but only just now. I had no time to study them in detail. It is not by way of a criticism about the delayed delivery of the Policy Notes or the Performance Budgets; but we are under some handicap in perusing them.

* ~~88—269~~ ஆம் பக்கங்களில் இணைப்பு II -ஆக அச்சிடப்பட்டுள்ளது.
374-555

In any case, I must congratulate the Hon. the Minister for Health on what I regard as a fairly detailed note both on Public Health and on Medical Administration and also on Urban Development. But what is important for me is the Policy Note on Public Health and Medical, because I am also associated in some manner as the Chairman of the Voluntary Health Services Hospital Committee with what is going on. Now, Sir, there have been one or two statements which are somewhat disturbing. There are frank admissions made by the administration of Public Health in regard to Malaria Control. It has been stated that the whole programme has been facing a very critical challenge due to some technical difficulty and the occurrence has increased considerably. In fact, while we have considerable satisfaction that the incidence of smallpox and plague has practically come to zero since 1964, it is somewhat disconcerting to note that malaria control has not been effective and that malaria incidence is on the increase. I do think Malaria is one of those diseases which since World War II

MR. CHAIRMAN : The hon. Member may bring the plank down and make himself convenient.

THIRU S. NARAYANASWAMY : Thank you, Mr. Chairman. I have taken the necessary precaution. I only wish to say that since malaria is susceptible to 100 per cent scientific control since research was undertaken after World War II, it should be possible with a little more effort to bring this under control. I have no doubt this will be done as we go along.

Now the other thing that has caused a great deal of disquiet is the large occurrence of filariasis. Filariasis control is a much more complex problem than is known. But since its incidence is largely dependent on mosquito-larvae proliferation in stagnant pools of water which tend to occur particularly in areas where there is no proper drainage and where there is no proper flow of water, I think it is necessary that the programme on this front should be intensified in a big way.

The third point on which I want to say something is the family planning programme. I wish to say that the Government of Tamil Nadu have taken a very constructive and enlightened view in regard to control of family sizes through a

very vigorous family planning compaign. But what I feel is this : There is an idea that we in Madras tend to take it seriously and as a result, our population is cut down and on that ground, the findings of the Delimitation Commission will be advantageous to other States and disadvantageous to us. But I want that this programme should be carried on and uncompromising and uninhibited efforts must be made in order to secure very speedy results. Despite all that we are doing all over India and even in those States where this programme has been taken seriously and implemented, results are, if I may say so, extremely perepheral, except, of course, at the highest social level. I think it is necessary, if necessary by diversion of funds to family planning programmes, to intensify them. It is not to say that good effort was not made in this State. Tamil Nadu is one of the few States where the Family Planning programme has been militantly carried out and particularly during the last few years, a great deal of attention is given to it. The medical profession which used to look down upon this as something which was inimical to its interests has to-day begun to exhibit a changed psychology to it.

Mr. CHAIRMAN : Hon. Members are requested to make short speeches, because there are many speakers to-day. Members may take not more than 15 minutes each.

Thiru S. NARAYANASWAMY : I am thankful to you, Mr. Chairman. I want to emphasise this particular point. I think it is very essential that the Family Planning programme should be implemented in a more militant and intensive manner.

(மாண்புமிகு மேலவைத் துணைத்தலைவர் தலைமை)

Now I will skip over the subject of adulteration and environmental hygiene on which I find a very revealing paragraph in the Policy Note. I have no doubt that it will be pursued relentlessly with the help of many Analysis Centres which have been started and I hope more of these Centres will come in in course of time. Some of them are being started in places like Salem, apart from the places where they are already there in Coimbatore and Madras.

Now in regard to environmental hygiene, with the increase in the number of industrial locations particularly in the new areas. it becomes a matter of paramount necessity to see that instead of taking action after the industry is started either for having polluted the air or for having polluted the ground, we should take steps to see that the industries themselves have such devices as modern industries have, even before they are allowed to start. I think we can make it a condition so that subsequently difficulties may not arise. I think this will be successful and I am sure the Government will pursue the matter in this way.

Now, Sir, there is a reference to the non-recognition of Tirunelveli and Chingleput Medical Colleges by the Indian Medical Council. I think much water has flowed under the bridge since this report was written and we are much nearer recognition because we have given the equipment they needed for the recognition. Efforts may be taken personally by the Minister to see that further time is not wasted in getting recognition for these two Colleges.

I welcome the steps taken to improve medical research. A sum of Rs. 1 lakh has been provided and I think it will be consistent with the financial constraints the Government are having. I would like medical research to be pursued in enough Centres. I think it is very essential that we do this.

(பி.ப. 4—40)

Sir, the most important point I want to say is this, with which I shall conclude. I am told that there are a number of speakers to follow me. I want that the bed-strength in the hospital should be increased. In four years the bed-strength has increased from 11,329 to 12,638. The increase is not satisfactory, and it is hardly adequate. Only recently a great demographer, writing in an international magazine, said that the rate of population proliferation is such that 10,000 hospital beds should be created everyday to meet the requirements. I would like the bed-strength to be increased considerably, though I am aware of the tremendous financial constraints under which the Ministry of Health and Medical Services functions. In the same way, many other Departments are functioning. I am fully aware of it. But I feel it essential to press on this Government the need for an

increase in the bed-strength so that the unsightly spectacle of people lying on the verandahs of various hospitals in the most insanitary and appalling conditions is avoided. Particularly, if it happens in a big hospital like the General Hospital, I think it must be more pathetic in the Headquarters Hospitals and I would like to see this rectified.

I am happy that some useful steps have been taken to improve Out-patient service which is one of the appalling things in our State. I think it is worse in some other States. It may be so but I think there is very little solace to seek in saying that some other State is even worse. The Out-patient services are far from satisfactory. There is a very beautiful and frank admission in this Report by the Hon. the Minister for Health that the doctors who admit in-patients are not there the following morning to follow the diagnosis that they have made and that steps have been taken to improve the situation at an expenditure of Rs. 5 or 8 lakhs. I hope that this appalling condition in which the patients who are admitted are neglected the following day will cease and the follow-up will be sensible and practical and I trust that the patients will feel that once they enter the hospital, they are being looked after. This is very, very important.

Sir, I do not think I will take too much time on Urban Services. I happen to function on the Madras Metropolitan Development Authority as a representative of this Council. I must say that we have made very considerable headway with the plans for urban development, for further improvement of living conditions, prevention and mitigation of urban pollution and transposition of several services to places other than those which are presently congested. All these are being considered. Again, it is a question of financial constraints that will finally handicap our implementing the various projects which have been lined very beautifully by the Madras Metropolitan Development Authority. It recently held a Seminar on this subject in which some extremely sensible solutions and suggestions were made. I hope we will get enough resources to implement these schemes as we go along.

I wish to congratulate the Hon. the Minister for Health on the generally satisfactory report he has produced on both Public Health and Urban Development and also on Medical

Services. I hope he will get the necessary financial support from the Government and psychological and technical support from the medical services in implementing the various beneficent schemes which have been initiated.

Thank you, Mr. Deputy Chairman.

* THIRU A. R. DAMODARAN : Hon. Deputy Chairman, Sir, it is always a pleasure for us to participate in the discussion on the Policy Note on Public Health and Medical Services and particularly so because this is probably one Department where we have had one Minister to deal with it for a number of years.

THIRU S. NARAYANASWAMY : Hear, hear.

THIRU A. R. DAMODARAN : We are very grateful for it because if there is one Minister, the policy is likely to be continuous and although we may be repetitive in some of our remarks, the Hon. Minister with his very sound knowledge of the working of the Department would be able to educate us with some of the difficulties that he faces in that particular Department.

May I, at the outset, express my very deep concern at the very cavalier and casual manner in which the Members of this House have been treated by the fact that one of the important documents of the Budget—the Performance Budget—which was placed last year has been distributed only just now ? In fact, when I came to participate in this debate, I had to refer to the Performance Budget for the year 1974-75 and only when I asked the Secretary of the Council this evening as to why we did not receive it was a query made to the Department as a result of which, as the hon. Member Thiru Narayanaswamy mentioned, the Performance Budget has been presented to the Members of this House. I only wish to state, Sir, that I hope all such documents will be circulated in future well before we take up the discussion. Although some exhaustive details on certain aspects of financial expenditure are furnished in the notes that have been given, I am afraid these notes do not mention in detail the expenditure to be incurred. For example, Sir, I asked my hon. Friend Thiru Swaminathan and I was also searching in the Policy Note on Medical Services to find out what would be the allotment for Medical Services according to the Budget. But we have not been able to find a single sentence

which says that so many crores of rupees have been presented in the Demand for Medical Services. I only wish to state that these detailed documents should also be given to us. Having mentioned this, I would like to pass on to the subject-matter of to-day's discussions.

Sir, the introduction of Prohibition has had tremendous impact on the financial outlay on very many developmental activities and it does not require a very detailed search of the Budget documents in so far as these two Policy Notes are concerned to find that the axe has fallen very heavily on the Departments of Public Health and Medicine. I am very sorry to mention this, Sir, but I think the public should also know about the implications of certain policies that are adopted by Government. Although a Budget of over Rs. 500 crores has been presented, it is very obvious that in both these very important departments very serious cuts in expenditure have been imposed. For example, in the building programme, against an allotment of Rs. 163 lakhs and odd for the year 1974–75, I find, Sir, that the allotment for the year 1975–76 is hardly Rs. 19 lakhs. All these cuts are likely to have a very telling effect on various items of expenditure and I would only like to say that we are deeply concerned at the very heavy cuts in expenditure imposed on these Departments which will in turn have a very serious effect on the standard of services that are being provided in our hospitals, dispensaries and other institutions. The total expenditure in 1972–73 on Public Health was Rs. 16.10 crores as against Rs. 16.25 crores in 1975–76. Therefore, it is obvious that the *per capita* expenditure on Public Health has diminished. I would, however, like to congratulate the Public Health Department on two outstanding achievements and they have mentioned it very properly in very broad types. Firstly, I would like to make mention regarding the eradication of smallpox in our State. Considering the fact that only last year the whole world was aghast with the news of an epidemic in Bihar, I think, Sir, we in this House must congratulate the Public Health authorities on their continuous action in seeing that as a result of the activities in the eradication campaign, there have been, I believe, only four deaths from smallpox in the State during the last year. It is indeed a very creditable achievement. Similarly, achievement has been made in regard to plague. As my hon. Friend

Thiru Narayanaswamy mentioned, I wish we can say the same thing about malaria and filaria. Especially I, coming from South Arcot, have considerable misgivings in this regard. I may not be correct and it is for the Hon. Minister to correct me if I am wrong. However, it seems to me as if our mosquitoes are developing greater resistance to the anti-malarial insecticides which are being used and we are getting bigger and stouter mosquitoes in spite of all our efforts. This need not necessarily result in more malaria or filaria, but there is an element of nervousness amongst the population whether this may not also induce a new outbreak of this disease from which South Arcot has been suffering very badly in the past.

THIRU S. T. ADITYAN : Is the hon. Member sure that they are mosquitoes?

THIRU A. R. DAMODARAN : Sir, obviously my hon. Friend is free of the mosquito menace in his district. Otherwise, one cannot mistake the mosquito in its drone when it comes near one's ear and disturbs one's sleep. Anyhow there is a sense of fear and I hope that this will be investigated by the Public Health Department and that we will see that South Arcot which was particularly affected by malaria about 25 to 30 years ago does not get a recrudescence of this illness which will cause untold agony to the population of that district.

(பிற்பகல் 4-50)

Sir, exhaustive details have been given of the work of Primary Health Centres in our State and it has also been pointed out that almost every Panchayat Union Block has one Primary Health Centre, the State thus having more than 381 Centres. At the same time, I was wondering, because mention has been made in this Policy Note that we are not going to have more Centres, whether, with the limitation in Plan finance, we had perhaps to remain content with what we had. I would, therefore, suggest to the Hon. Minister to see whether greater mobility of service could not be ensured in our Primary Health Centres, because at a time when building grants are not available, instead of spending one or one and a half lakhs of rupees or even more — I do not know what it actually costs, but it must cost anywhere between $2\frac{1}{2}$ to 3 lakhs of rupees, seeing the very nice buildings that have been put up in

various Centres — instead of spending inadequate monetary resources on putting up new buildings, I would certainly plead that we should try to ensure greater mobility for this service in those areas. Perhaps if the doctors and the assistants in such institutions could be provided with transport facilities and given a weekly programme of visit to 10 or 15 villages, a certain degree of medical care could be assured to the inhabitants of those villages. When we compare the standard of medical service given from our Primary Health Centres with the medical service given in other Government Hospitals, one cannot but help concluding that the Government are heavily oriented in favour of the urban population, whether it is in the matter of food or any other thing. The Hon. the Minister for Food and Civil Supplies was very eloquent in his reply the other day and the urban consumers, being extremely vociferous, are well looked after. The standard of service in our E.S.I. Hospitals is of a much higher and greater calibre than what we are able to render to the people in the rural parts. It does not mean that the people in the rural parts don not require medical attention. But perhaps they are less vocal and there is a tendency for us to ignore their very legitimate demand that the standard of medical service should be improved in the Primary Health Centres.

Sir, the other point to which I would like to refer, in view of the limited time that is available, is regarding the School Health Programme that has been undertaken by the Government of Tamil Nadu. I was very happy to read in the report that the medical check-up for school children is available in certain parts of Tamil Nadu but I was somewhat dismayed to find that it has been made applicable only to 18 Primary Health Centres in our State out of a total of 381 Centres and during the year 1975-76, obviously because of financial restraints, only 7 more Primary Health Centres are to be taken up for the extension of this scheme. I believe that for any modern Government which wants to take adequate safeguards against the spread of many diseases and to see that the health of our children is adequately maintained, so that they may not constitute a bigger burden on the State at some future date, it is absolutely essential to extend this scheme to cover the rural schools in the entire State. Although it may be an expensive programme, if we are able to detect disease at an early stage, it would be more helpful to the department itself. I would,

therefore, plead with the Hon. Minister, although I realise there are financial implications, to solicit the help of voluntary organisations, particularly social service organisations like the Lions Club, Rotary Club, Guild of Service or some other Welfare Organisations which would certainly be prepared to help the Government in this regard, because the care of the children is one of the immediate concerns of such institutions. In view of the large finance required for improving the standard in each and every institution of his department, I would like to recommend to the Hon. Minister to consider whether, as we have in the Agriculture Department an intensive agricultural development programme where we select a certain area for intensive development, finances and skilled personnel are given, all the steps necessary to see that the area is developed to the maximum extent possible are taken as far as agriculture is concerned—and enormous funds have been provided to the Minister for Agriculture who even wants to start Farms which will produce paddy at economic rates for distribution to the consumers — but that is a different story — as far as the Public Health Department is concerned, they could select three or four areas in our State not only in the barren districts like Ramanathapuram but also in districts like Thanjavur and conduct a pilot plan of experiment to find out the incidence of disease, the standard of health in such areas, the lack of nutrition for the children and the way in which we have to tackle the problem. This would be a great experimental project which would help the Government in formulating certain views and these can be included, I think, very well in the urban Schemes. I hope that some consideration would be given to this aspect.

Regarding water-supply, here again the severe cut that has been imposed has had its effect and although the Minister himself has confessed that 4,916 villages and hamlets with a population of 3.8 millions do not have any public source of water-supply . I am somewhat dismayed to note that the allotment for rural water-supply has been cut from Rs. 4 crores to Rs. 2.7 crores during the current year.

Reference has also been made in this Policy Note to the problems of pollution. I would like the Hon. Minister to kindly take this matter up seriously because there is a tendency in our country to think that industrial growth is paramount and what-

ever ill effects the starting of new factories may have on the population, there is a tendency for us to shrug our shoulders and say that as long as we get more sales tax and more employment opportunities, these are all subsidiary considerations and we should not take them into account. While I am all for industrial growth, I certainly think that there should be some degree of control and direction exercised in the matter of pollution. On the 16th March in Cuddalore, I suddenly got up at night at about 10-15 and I was choking and coughing for nearly 20 minutes. I thought possibly it was the effect of my having paid the advance income-tax on March 15. But when I took care to verify from the local population the next day, I understood that about 60 per cent of the inhabitants of Cuddalore had coughed with me and this was the result of the Sulphur Di-Oxide fumes coming from the Fertiliser Factory in Cuddalore O.T. which was four miles away and the whole City had been blanketed with an acrid smoke for about half an hour and I do not know the harm caused to the young children in their beds.

THIRU G. VASANTHA PAI: Sir, just for the information of the hon. Member. Adulteration of petrol also causes the same effect.

THIRU A. R. DAMODARAN: Sir, I am glad for the elucidation. The hon. Member wants to accuse me of producing that. I can assure him that at 10 p.m. we do not produce adulterated petrol, although some may produce it at other times of the day. I only

THIRU S. NARAYANASWAMY: On a point of clarification Sir. If petrol is adulterated, carbon monoxide is created and it may harm the engine in the long run but it does not produce any discomfort.

THIRU A. R. DAMODARAN: My hon. Friend Thiru Vasantha Pai may not be aware of the technical things. Carbon monoxide is odourless, colourless and tasteless. On the other hand, Sulphur Di-oxide fumes cause harm to us.

Anyhow I wanted to mention this because we have been complaining about this for a number of years and I was rather shocked because this happens to be the only factory in Cuddalore and I do not see why adequate steps should not be taken by the Public Health Authorities.

The Hon. THIRU K. ANBAZHAGAN : As the matter referred to by the hon. Member is such a serious one of heavy cough and sneezing at night, he should have taken some steps to convey the matter to some of the authorities there, because the authorities by themselves do not cough, they do not sneeze and they do not take into account all those things. The hon. Member must have intimated and I want to know whether he has taken any such steps.

THIRU A. R. DAMODARAN : Now that the Hon. Minister has informed me of the lethargy of his department, I shall take necessary action in future, Sir.

I would now like to pass on to hospital administration. Hospital administration has become an extremely complicated affair now. It is not as if there are some beds in a few rooms and a few patients are admitted. We are having about 1,500 beds in some of our big hospitals and the hospital administration has become a complicated affair. I would like the Government to investigate whether our medical personnel who are in charge of the entire administration of these hospitals should not be relieved of some of their administrative duties. In fact, the Estimates Committee

(பிற்பகல் 5-00)

on Medical Services, in a report on the Madras Medical College and the General Hospital has also recommended, a couple of years ago, that some of our medical personnel should be relieved of such administrative functions. Now-a-days, doctors are finding it extremely difficult to deal with all aspects of hospital administration as a result of which both standards and discipline cannot be maintained in such institutions and I hope the Government will consider whether the appointment of Lay Secretaries with more comprehensive functions to some of these bigger hospitals would not help in relieving doctors of many of their administrative functions as a result of which they could devote more attention to other duties. For example, Sir, I was rather amazed to find a circular which has been sent to heads of departments by the Principal of a Medical College and I think hon. Members of this House may also be interested to know and realise the variety of duties which these departments have to perform. The circular read thus : " All the heads of the departments are hereby requested to obtain their half-yearly requirements of soft and coconut

brooms (துடைப்பம்) from the office by sending indents in the departmental stationery indent book." This is not a duty which the head of a department need necessarily perform. The purchase of soft or coconut brooms may be necessary, I agree, Sir, but I only wish to point out that the hundreds of such

The Hon. THIRU K. ANBAZHAGAN: Sir, does the hon. Member suggest that the requirements have to be counted, in number, by the Superintendent?

THIRU A. R. DAMODARAN: Sir, these duties could easily be given to persons who have nothing to do with the treatment of patients and with the medical superintendence of the institution because these are all small things which could be dealt with by any of the persons in the lower cadres. I quoted this as an example and probably this is one of the thousands of such circulars that may be given to the heads of these institutions. I only wanted to mention that we should not load our medical personnel with such duties. They should be relieved of these administrative functions. The cleanliness of the hospital, the attendance in the mess which would ensure that clean food is given, the superintendence of diet articles, the way in which the toilets are kept in the hospital and things like that are all functions of which the Superintendent of the hospital should be divested. Though he may be having overall supervisory control, these functions should be taken over by persons who have no medical responsibilities whatsoever. Therefore, Sir, I would plead that this matter may be looked into especially in the bigger hospitals. I am not saying that all the 220 hospitals in our State should have Lay Secretaries; but at least the premier hospitals in Madras and the District headquarters hospitals in our districts should have such personnel to help the doctors out in regular routine work.

Sir, I would also like to mention a practice that is being followed in the United States and I think it is a matter which the Department may kindly investigate. In the hospitals there, there is a weekly review committee to review the mortality cases in the hospital and compulsory autopsy and post-mortem is performed to find out the exact reason why patients die. It is not with the intention of finding fault with the medical doctors but only to ensure that this will act as a guidance in the future. I would like that at least in our premier institutions we may have such review

committees to be headed by a team of doctors of the Pathology department and other concerned departments to find out the reasons of death so that in future corrective action could be taken.

Sir, I would like to express my deep feeling of concern that the Chingleput and Tirunelveli Medical Colleges have not yet been recognised. The students of these institutions are likely to have very great difficulties in getting admission to other institutions both in India and outside. I was hoping but I have had no time to find out if any allocation had been made in the Budget for improvement of facilities in these two hospitals. I hope that due care will be taken to see that the students in these institutions do not suffer due to non-recognition.

May I also state, incidentally, that while I welcome the allocation that has been made for the development of indigenous systems of medicine, particularly our Siddha, Unani and Ayurvedha systems, I would plead for a complete pharmacopoeia to be prepared of Indian drugs, because one of the mysteries of Indian Medicines is that we do not know the composition of a drug or medicine that is given to us. In fact, we will find that in the allopathic system whatever drug is retailed through druggists, the composition of that drug must be stated on the container itself. Perhaps, if our indigenous system of medicine is to be taken to a larger extent by the population of our country—and I think the Government are seriously interested in this matter—we should devote more finance and more resources to the development of a proper pharmacopoeia on the subject of indigenous drugs. We have had wonderful drugs in our country, especially the drug 'Rawuvulfia Serpentina' which controls blood pressure. We have the plant named 'Thulasi' in Tamil Nadu, which we have been worshipping for hundreds of years. There must be some remarkable medicinal properties in this plant which is being worshipped. I am sure that our elders had some idea behind the worship of this plant. Because the Government of Tamil Nadu are deeply interested in this system of medicine, I would like that efforts should be taken to find out whether the various herbs which we have in our own State should not be analysed properly, a proper classification made and a proper classified pharmacopoeia evolved.

Sir, India presents tremendous scope for medical research. We have a tremendous population and we must have a variety of diseases which is experienced nowheer else in the world. I would

only suggest to Government—because they realise that they do not have adequate resources—that we must interest international bodies like the World Health Organisation as well as many other international foundations which are today prepared to spend hundreds of thousands of dollars on medical research only if the Government of India are able to give permission for such international foundations to establish research centres in our country. I hope that the Government of Tamil Nadu at least will be able to persuade the Government of India that where international foundations desire to take up such research work in seriousness, we should not present any bar to them. I mention this because passports are being refused, visas are not being extended and money is not allowed to come in. I would certainly plead that in this case at least, our Government should take up this matter and see that such international foundations are not discouraged from establishing research foundations in our own State.

Thank you.

(பிற்பகல் 5-00).

திரு. ஒய். வெங்கடேஸ்வர தீக்ஷிதர் : மாண்புமிகு துணைத் தலைவர் அவர்களே, மக்கள் நல்வாழ்வுத்துறை பாலிசி நோட்டின்மீது நானும் சில கருத்துக்களைச் சொல்ல விரும்புகிறேன்.

(மாண்புமிகு மேலவைத் தலைவர் தலைமை.)

நமது மாநிலத்திலே சுகாதாரத் துறையில் எவ்வளவோ முன்னேற்றம் ஏற்பட்டும் இங்கே அதிகாரிகளுக்குள்ளே உள்ள சச்சரவினால் அவை செயல்படமுடியாத அளவிற்கு நின்றுவிடுகின்றன. அவர்களுக்கு உள்ள பொறுப்புகள் மிகவும் அதிகம். சுகாதாரத் துறையில் ஹெல்த் இன்ஸ்பெக்டர்கள், சானிடரி இன்ஸ்பெக்டர்கள் என்று இருக்கின்றார்கள். இந்தத் துறையிலுள்ள தொழிலாளர்கள் மிகக் கீழ்த்தரமான வேலையில் ஈடுபடவேண்டியிருக்கின்றது.

மாண்புமிகு மேலவைத் தலைவர்: சானிடரி இன்ஸ்பெக்டர்களுக்கு என்ன வேலை ?

திரு. ஒய். வெங்கடேஸ்வர தீக்ஷிதர் : என்ன வேலை என்று சொல்லுகிறேன். சாக்கடைகளைச் சுத்தம் செய்தல், மலத்தை அள்ளுதல், குப்பையைக் கூட்டுதல் போன்ற வேலைகளில் இவர்கள் ஈடுபட்டிருக்கின்றார்கள். இதைப், பார்க்க டிஸ்ட்ரிக்ட் ஹெல்த் ஆபீஸர்ஸ், முனிஸிபல் ஹெல்த் ஆபீஸர்ஸ் என்று இருக்கின்றார்கள். எல்லோரும் எம்.பி.,பி.எஸ். தான் பாஸ் செய்து விட்டு வருகின்றார்கள். ஆனால் அப்படிப் பாஸ் செய்து விட்டு வந்தும், ஹெல்த் ஆபீஸர்களுக்கு குறிப்பிட்ட சம்பளத்திற்கு மேலே போவதற்கு வாய்ப்பு இல்லை. ஹெல்த் ஸெர்வீஸில் உள்ள டாக்டர்கள்

நீண்ட காலத்திற்கு அப்படியே இருக்க வேண்டியிருக்கிறது. அதே டாக்டர்கள் ஐந்து ஆண்டுக் காலத்திற்கு அரசாங்க மருத்துவராகவோ அல்லது தனியாக ப்ராக்டிஸ் செய்திருந்தால் அல்லது மெடிகல் காலேஜில் இருந்திருந்தால், அவர்களுக்கு எவ்வளவோ முன்னேற்றம் ஏற்பட்டிருக்கும், வருமானமும் அதிகமாக இருந்திருக்கும். சுகாதாரம் தான் நாட்டிற்கு அடிப்படை. ஆனால் அந்த சுகாதாரத்தைப் பாது காக்கும் இந்த ஹெல்த் ஸெர்வீஸ் அதிகாரிகளுடைய முன்னேற்றத்திற்கு வழியே இல்லாமல் இருக்கின்றது. எனவேதான் இதற்கு அதிகம் பேர் வரமாட்டேன் என்கின்றார்கள். எனவேதான் இந்தக் கருத்தைச் சொல்லு கிறேன்.

(பிற்பகல் 5-10)

சில இடங்களிலே என்ன பண்ணுகிறார்கள்? ஹெல்த் ஆபிசர் பெரியவரா, நகராட்சி அட்மினிஸ்ட்ரேஷன் ஆபிஸர், நிர்வாகம் செய்பவர் பெரியவரா என்ற சண்டை சச்சரவு வந்துவிடுகிறது. யார் பெரியவரோ, மொத்தத்தில் அங்கே இருக்கின்ற துப்புரவு வேலையெல்லாம்கூட பாதிக்கப்படுகிறது. சண்டை என்று வருகின்றபோது, குறிப்பாக ஹெல்த் ஆபீசர் கையைக் கட்டிவிடுகிறார்கள். எந்தவிதமான வேலை செய்வதற்கும் அவர்களுக்கு வேண்டிய வசதிகளை, வாய்ப்புகளைக் கொடுக்காமலிருக்கின்றார்கள். இந்த நிலைமையில் நகராட்சிகள் இருந்து கொண்டிருக்கின்றன. சண்டை என்று வந்துவிட்டால் நிர்வாகம் பெரியதா, கமிஷனர் பெரியவரா, ஹெல்த் ஆபீஸர் பெரியவரா என்று விவகாரம் வருகின்றபோது நிர்வாகம் தடைப் படுகிறது. சுகாதாரத்தை கவனிப்பது தடைப்படுகிறது. இதைத் தலைவரவர் களுக்கும், மாண்புமிகு அமைச்சர் அவர்களுக்கும் தெரியப்படுத்துகிறேன். அவர்களுக்கு விளக்கமாகத் தெரியப்படுத்துகிறேன். தனியாக ரிப்போர்ட் கொண்டுவந்திருக்கிறேன். நல்வாழ்வுத்துறை அமைச்சர் அவர்களுக்குக் கொடுக்க....

ஒரு குரல்: தலைவரவர்களே, நிர்வாகத்துறை என்கிறார் போலிருக்கிறது.

மாண்புமிகு மேலவைத் தலைவர்: நல்வாழ்வுத்துறை என்று சொல்லுங் கள்.

திரு. ஒய். வெங்கடேஸ்வா தீக்ஷிதர்: தலைவரவர்களே; நான் நல் வாழ்வுத்துறை என்றுதான் சொன்னேன்.

மாண்புமிகு மேலவைத் தலைவர்: நிர்வாகத்துறை என்று சொன்னீர் கள் என்கிறார்கள், அதனாலே மாற்றிக் கொள்ளுங்கள். அவைக் குறிப்பில் ரெக்கார்ட் ஆகிவிடும், அதனாலேதான் சொல்கிறேன்.

திரு. ஒய். வெங்கடேஸ்வர தீக்ஷிதர்: தலைவரவர்களே, நிர்வாகத் துறை என்று சொல்லவில்லை. நல்வாழ்வுத் துறை என்றுதான் சொன்னேன். அப்படி இருந்தால் அதை எடுத்து விடுங்கள்.

அடுத்தபடியாக, நம் நாட்டிலேயே நமது மாநிலத்திலே நிறைய மருத்துவமனைகள் இருந்துகொண்டிருக்கின்றன. இப்போது மருத்துவ மனையிலே வேலை செய்கின்ற டாக்டர்கள் எல்லாம் தனியாக ப்ராக்டிஸ் பண்ணிக்கொண்டிருக்கின்றார்கள்.

LEGISLATIVE ASSEMBLY TRUTH ALONE TRIUMPHS

[1975 மார்ச் 27

திரு. ஜி. சுவாமிநாதன்: தலைவரவர்களே, அடித்துவிடுங்கள் என்று சொன்னார்கள். அதுவும் சேர்ந்து ரெக்கார்ட் ஆகிவிடப்போகிறது.

திரு. ஒய். வெங்கடேஸ்வர தீக்ஷிதர்: தலைவரவர்களே, நல்வாழ்வுத் துறை அமைச்சர் என்று தான் சொன்னேன். மாற்றிச் சொல்லியிருந்தால் அழித்து விடுங்கள். காதிலே விழுந்தது ஒருவேளை தவறாக இருக்கலாம். நான் அதை ஒத்துக்கொள்ளத் தயாராக இருக்கின்றேனே.

இந்த மருத்துவமனைகளிலே வேலை செய்கின்ற டாக்டர்கள் தனியாகவும் டிஸ்பென்சரி வைத்திருக்கின்றார்கள். அதனால் பலவிதமான தவறுகள் ஏற்படுகின்றன. இந்த மருத்துவ மனையிலே வேலை செய்கிற போது அங்கே சிகிச்சை பெறும் நோயாளிகளை, தனியாக வீட்டிலே போய்ப் பார்க்கவேண்டியிருக்கின்ற சந்தர்ப்பம் ஏற்படுகிற நேரத்திலே பலவிதமான தவறுகள் ஏற்படுகின்றன. ஒன்று மருத்துவ மனையில் அப்பாயின்ட்மெண்ட் ஆகிவிட்டால் அதோடு இருக்க வேண்டும். தனியாக பிராக்டிஸ் பண்ணக்கூடாது. அத்துடன் தனியாகவும் பிராக்டிஸ் பண்ணினால் இதைப்பற்றிச் சரியான முறையிலே சிந்தனை இருக்காது. அப்படி இருந்தால்தான் தவறுதல் நடக்காமல் மருத்துவமனை நடக்க முடியும். இது பலவிதமான தவறுகள் ஏற்பட ஏதுவாகிவிடும். முதலிலே அதைக் கட்டுப்படுத்த வேண்டும். மருத்துவமனை எப்படி இருக்கிறது? நலத்துறை அமைச்சர் அவர்கள் நோய் வருவதற்கு முன்னாலே தடுக்க வேண்டும், வந்த பிறகு சிகிச்சை செய்ய வேண்டும் என்றார்கள். நாம் எல்லா வகையான நோய்களுக்கும் தடுப்பு ஊசி போட்டுக்கொண்டு வருகிறோம். அதே போல டி.பி. க்ஷயரோகத்திற்கு ஊசி போட்டுக்கொண்டு வருகிறோம். புற்று நோய் போல பல தொத்து நோய்களைத் தடுப்பதற்காக ஊசி போட்டுக்கொண்டிருக்கின்றோம். ஆனால் அந்த நோய்கள் எல்லாம் குறைந்திருக்கின்றனவா என்று பார்த்தால், நாளுக்கு நாள் ஜாஸ்தியாக ஆகிக் கொண்டேதான் வருகிறது. டி.பி. பற்றி நாம் எடுத்துக் கொண்டால், ஏராளமான சானடோரியம் மாவட்டத்திற்கு மாவட்டம் கட்டியும்கூட இடம் கிடைக்க மாட்டேன் என்கிறது. அதற்குக் காரணம் என்ன? அதைத் தடுப்பதற்கு ஊசி போடுவதாகச் சொல்கிறார்கள். இருந்தாலும் நோய்கள் அதிகப்பட்டுக் கொண்டிருக்கின்றன. அதை நான் ஒத்துக்கொள்கிறேன். இருந்தாலும் 10, 15 ஆண்டுகள் ஸ்டேட்டிஸ்டிக்ஸ் எடுத்தால், மாநிலத்திலே எவ்வளவு டி.பி. சானடோரியம் இருந்தது, இப்போது எத்தனை மருத்துவமனைகள் இருக்கின்றன என்பது தெரியும். இடம் கிடைப்பதும் அதன் பின் சிகிச்சை பண்ணுவது என்பதும் ரொம்ப சிரமமாகத்தான் இருக்கின்றது. நோயாளி வருந்தத்தக்க அளவிலே அவனுடைய உயிரை இழக்க வேண்டியிருக்கிறது.

மாண்புமிகு திரு. க. அன்பழகன்: தலைவரவர்களே, காசநோயால் ஒரு 10 அல்லது 20 அல்லது 30 ஆண்டுகளுக்கு முன்னாலே அந்த நோய் கண்டவர்கள் எவ்வளவு பேர் இறந்து போனார்கள் என்ற விவரம் பார்த்தால், அன்றையதினம் 100க்கு 50 அல்லது 60 பேர்கள் இறந்து போய்க்கொண்டிருந்தார்கள். தாங்கக்கூடிய சக்தி உள்ளவர்கள் சிலர் மட்டும் தப்பினார்கள். இப்போது 100க்கு 90 பேர் காப்பாற்றப்படுகிறார்கள்.

காச நோய் கடுமையாகத் தாக்கி உடலிலே வலுவும் இல்லை என்பதனால், இறந்துபோனவர்களைத் தவிர இப்போது அந்தக் காச நோய் அவ்வளவு கடுமையான நோயாக விட்டுவைக்கப்படவில்லை.

திரு. ஒய். வெங்கடேஸ்வர தீக்ஷிதர்: தலைவரவர்களே, மாண்புமிகு அமைச்சர் அவர்களுடைய பதிலைக் கேட்டு நான் ரொம்ப சந்தோஷப் படுகிறேன். ரொம்ப அபிவிருத்தியடைந்திருப்பது பற்றி சந்தோஷப்படு கிறேன்.

புற்று நோய் பெர்சன்டேஜ் பற்றி நமது மாநில அறிக்கையிலே சொல்லியிருக்கின்றார்கள். புற்று நோய் வந்தவர்கள் அடையாறு ஆஸ்பத்திரியிலே அட்மிஷன் கிடைக்க கஷ்டப்படுகிறார்கள். இதற்கு ஏராளமான மான்யம் கொடுத்திருப்பதாக இருக்கிறது. அதிலே இடம் கிடைத்துச் சேர்ந்து, வெளியிலே வருவது என்பது அவ்வளவு சாமான்யமான காரியமாக இல்லை. ரொம்ப சிரமமாக இருக்கிறது. அவர்கள் பாதிக்கப் பட்டிருக்கிறார்கள். (பலத்த சிரிப்பு)

மாண்புமிகு மேலவைத் தலைவர்: ரொம்பப் பேர் ஆஸ்பத்திரியிலிரு ந்து வெளியிலே வந்திருக்கின்றார்கள்.

(பிற்பகல் 5 10)

திரு. ஒய். வெங்கடேஸ்வர தீக்ஷிதர்: தலைவரவர்களே, புற்று நோய்க்குச் சிகிச்சை செய்ய வசதிகள் போதாது என்று சொல்கிறேன். வியாதிகள் வருகிற அளவிற்கு சிகிச்சை செய்ய போதுமான வசதி மருத்துவமனையில் இல்லை என்றுதான் சொல்கிறேன். வேறு ஒன்றும் தவறுதலாக நினைக்கக்கூடாது. இதிலே குற்றம் குறைகள் நிறைய இருக்கின்றன. மருந்துகள் பற்றாக்குறை நிலை அதிகமாக இருக்கிறது. அப்படி மருந்து இருந்தாலும், அது திடமுள்ள மருந் தாகத் தெரியவில்லை. அதிலே பலவிதமான குறைபாடுகள் இருப்பதாக என் காதிலே விழுகிறது. அப்படி மருந்து இருந்தாலும் தரககுறை வானதாகத்தான் மருந்து வருகிறது. டெண்டர்கள் விடுகிறார்கள். மட்ட மான மருந்துகள்தான் சப்ளை பண்ணுகின்றார்கள். நம நோய் தீர, ஸ்திரமான மருந்தை நாமேதான் பார்த்து வாங்கிக் கொடுக்க வேண்டும். அதைப்பற்றிக்கூட ஒரு ரிப்போர்ட் பார்த்தேன. நாடு எங்கும் அரசு ஆஸ்பத்திரியிலே பரிதாப நிலை என்று பத்திரிகையிலே பார்த்தேன். சென்னையைப் பொறுத்தவரைக்கும்கூட அந்த யு.என்.ஐ. செய்தி நிறுவனம் சர்வே பண்ணியிருக்கிறார்கள். "சென்னையைப் பொறுத்த வரையில் ஆஸ்பத்திரி சுற்றுப்புறங்களில் ஒரு சந்தை இரைச்சலாக இருப்ப தும், வார்டில் நிறைய கூட்டம் இருப்பதும், சுத்தம் இல்லாததும் சகஜமான அம்சங்கள்".

மாண்புமிகு திரு. க. அன்பழகன்: தலைவரவர்களே, அவ்வளவு கூட்டம் இருக்கிறதே. மருந்து தரக்குறைவானது என்றால், அங்கே வருவார்களா? மருந்து நல்லதாக இருக்கிறது, அந்த மருந்தைக் கொடுப்பார்கள் என்றுதான் அவ்வளவு கூட்டம் அரசாங்க மருத்துவ மனைக்கு வருகிறது.

திரு. ஒய். வெங்கடேஸ்வர தீக்ஷிதர் : தலைவரவர்களே, மாண்புமிகு நல்வாழ்வுத்துறை அமைச்சர் அவர்களுக்கு நான் ஒன்று சொல்ல விரும்புகிறேன். அவர்கள் அவ்வளவு வறுமையில் இருக்கிறார்கள். அவ்வளவு ஏழைகளாக இருக்கின்றார்கள். இன்றைக்கு அப்படி ஒரு சிகிச்சை பண்ணிக்கொள்வதற்காக வருகிறார்கள். வேறு வழியில்லை. வேறே எங்கு போவது ? அதைவிட்டால் வேறு கதியில்லை. கையிலே பணம் இல்லை. மருத்துவமனையை விட்டு, பிரைவேட் ஆஸ்பத்திரிகள் சென்னையில் இருக்கின்றன. நூற்றுக் கணக்கில் இருக்கின்றன. சாதாரணமாக பணம் உள்ளவர்கள்தான் அங்கே போகிறார்கள்.

திரு. ஜி. சுவாமிநாதன் : தலைவரவர்களே, தரக்குறைவு என்று உறுப்பினர் அவர்கள் குறிப்பிடுகிறார்கள். எப்படி தரக்குறைவு என்று கூறுகிறார்கள்.

திரு. ஒய். வெங்கடேஸ்வர தீக்ஷிதர்: தரக்குறைவு என்றால் மருந்தினுடைய தரக்குறைவைப்பற்றித்தான் சொல்கிறேன்.

திரு. ஜி. சுவாமிநாதன் : தலைவரவர்களே, மருந்து தக்க கண்காணிப்பின் மேல்தான் கொடுக்கப்படுகிறது. தரக்குறைவான மருந்தாக இருந்தால், அதற்கு மேல் நடவடிக்கை எடுக்கப்படுகிறது. தரக்குறைவு என்று சொன்னால், நீங்கள் மருந்து தரக்குறைவு என்று எப்படிக் கண்டுபிடித்தீர்கள் என்றுதான் கேட்கிறேன். பத்திரிகையைப் பார்த்துச் சொல்கிறீர்கள்.

திரு. ஒய். வெங்கடேஸ்வர தீக்ஷிதர் : நான் சொல்கிறேன், கேளுங்கள். சென்னையைப் பொறுத்த வரையில், ஆஸ்பத்திரி சுற்றுப்புறங்களில் ஒரு சந்தை இரைசசல் இருப்பதும், வார்டில்......(இடைமறிப்பு) நான் சொல்கின்ற வாசகத்தைக் கேட்டு பின் பதில் சொல்லுங்கள். இதை நான் சொல்லவில்லை. தினமணி பத்திரிகையில் யு.என்.ஐ. ஸ்தாபனம் அறிக்கை விட்டு இருக்கின்றார்கள். மற்ற மாநிலங்களைப் பற்றி அறிக்கை விட்டிருக்கின்றார்கள். தீக்ஷிதரை, நீங்கள் போய் பார்த்தீர்களா ? என்று கேட்டால், நான் என்ன டெக்னிகல் அதாரிடியா ? அல்லது எம்.பி.பி.எஸ்., எல்.ஆர்.சி.பி. பாஸ் பண்ணியிருக்கின்றேன் என்று நினைக்கிறீர்கள் ? இவ்வளவு தூரம் பேசுவதே.....

மாண்புமிகு மேலவைத் தலைவர் : நீங்கள் பேசுங்கள். பத்திரிகைகளை வைத்து இங்கே படித்துப் பேசுவதற்கு நான் அனுமதிப்பதில்லை. ஒன்று அந்த மருந்து பற்றி உங்களுக்குச் சரியாகத் தெரிந்திருக்க வேண்டும் அல்லது உங்களுக்கு வியாதியாவது வந்து போயிருக்க வேண்டும். இரண்டும் இல்லை, அதுதான் இப்படிச் சொல்கிறீர்களா என்ன ?

திரு. ஒய். வெங்கடேஸ்வர தீக்ஷிதர் : தலைவரவர்களே, பெரிய ஆஸ்பத்திரிகளை சத்திரங்களிலிருந்து வேறுபடுத்திப் பார்க்கமுடியாத நிலைமையில் இருக்கின்றன. அரசாங்க ஆஸ்பத்திரிகள் மருந்து சப்ளைக்கு மத்திய மருந்து ஸ்டோர்களைத்தான் எதிர்பார்த்திருக்கின்றன. அதிலிருந்து மருந்துகள் கால தாமதமாகக் கொடுப்பதால், அவ்வப்போது மருந்துப்

பற்றாக்குறை ஏற்படுகிறது என்பதும், சில புற நோய் வார்டுகளெல்லாம் மிக மோசமாக இருக்கின்றன என்றும் பத்திரிகையைப் பார்த்துத்தான் சொல்கிறேன். நான் என்ன போய்ப் பார்த்தேனா என்ன?

மாண்புமிகு திரு. க. அன்பழகன்: தலைவரவர்களே, பத்திரிகையிலே எழுதியவர்கள் முழு அளவு மருந்து இல்லை, ஸ்டான்டர்டு இல்லாத, குவாலிடி இல்லாத மருந்து என்று எழுதவில்லை. மத்திய சர்க்காருடைய ஏற்பாட்டிலே மெட்ரூஸ் டிரக்ஸ் ஸ்டோர்ஸ் என்று வைத்திருக்கின்றார்கள். அதிலே கிடைக்கிற மருந்து காலத்திலே கிடைப்பதில்லை. அதனாலே பல இடங்களிலே பற்றாக்குறை ஏற்படுகிறது என்று பொதுவான கருத்து இருக்கிறதே தவிர, மருந்து குவாலிடி சரியில்லை என்கின்ற கருத்து சொல்லப்படவில்லை. அப்படி இருந்தால் நாங்கள் அந்த மருந்துகளை வாங்க மாட்டோம். அதை உரிய இடங்களில் கொடுத்துப் பரிசீலனை செய்ய வேண்டும்.

திரு. ஒய். வெங்கடேஸ்வர தீக்ஷிதர்: அடுத்தபடியாக, குடும்ப நலத் திட்டம் நடத்துகின்றார்கள். பாருங்கள் அதனாலே இந்த அதிகாரிகள் படுகிற சிரமம் கொஞ்சநஞ்சமல்ல. திட்டம் நல்ல திட்டம் தான். அந்த நல்ல திட்டத்தை நான் ஒத்துக்கொள்கிறேன். வாலன்டரியாக வந்து பண்ணிக்கொள்கின்ற அளவிலே இன்னும் கூட கொஞ்சம் அதிகச் செலவு பண்ணி பிரச்சாரம் செய்தால் நல்லதுதான்.

மாண்புமிகு மேலவைத் தலைவர்: 50, 60 ஆண்டுகளுக்கு முன்னாலேயே, பதினாறும் பெற்று பெருவாழ்வு வாழ் என்று சொன்னார்கள். அவர்கள் 10, 12 என்று பெற்றிருக்கின்றார்கள்.

திரு. ஒய். வெங்கடேஸ்வர தீக்ஷிதர்: தலைவரவர்களே, தனியாக ஒரு சட்டமே போடலாம். கலெக்டர்கள் இதனை கோட்டா என்று சொல்லி நியமிக்கிறார்கள். இத்தனை கொண்டு வா என்று சொல்கிறார்கள். 200 பேர்கள் கொண்டு வா என்று சொல்கிறார்கள். இதனால் என்ன ஆகிறது? நிர்வாகம் நடக்க மாட்டேன் என்கிறது. ஊராட்சி ஒன்றியம், நகராட்சிகளில் இருக்கின்ற சகல அதிகாரிகளும் ஆள் பிடிக்கப் போய் விடுகிறார்கள். அப்படிப் போகும்போது, நிர்வாகம் ஸ்தம்பித்துப் போய் விடுகிறது. பிடிக்கும் போதாவது ஒழுங்காக ஆளைப் பிடித்து வருகிறார்களா என்றால் அதிலேயும் சந்தேகத்திற்கு இடமாகத்தான் இருக்கின்றது. முடியவில்லை. சட்டம் போடலாம். இரண்டு பிள்ளைக்கு மேலே இருந்தால், அவர்களுக்குச் சம்பளம் குறைவு. இரண்டு பிள்ளைகளுக்கு மேலே இருந்தால் அவர்களுக்கு வேலை கொடுக்கக் கூடாது என்று சட்டம் போட்டு விடலாம்.

திரு. ஜி. சுவாமிநாதன்: தலைவரவர்களே, 2 பிள்ளைக்கு மேலே யாராவது பெறுவார்களானால், பெறக்கூடாது என்று நம்முடைய மாநில அரசு சட்டம் போடவேண்டுமா என்று அறிய விரும்புகிறேன்.

திரு. ஒய். வெங்கடேஸ்வர தீக்ஷிதர்: தலைவரவர்களே, கோட்டா என்றெல்லாம் நிர்ணயிக்கும்போது, அது மாதிரிக்கூட ஏன் செய்யக் கூடாது? இதை விட ரொம்பச் சிறந்தது என்று நான் நினைக்கிறேன்.

மாண்புமிகு மேலவைத் தலைவர்: அந்தச் சட்டம் போட்டால், திரு. தீக்ஷிதர்தான் அகப்படுவார். ஏனென்றால் அவருக்கு 4 குழந்தைகள்.

திரு. ஒய். வெங்கடேஸ்வர தீக்ஷிதர்: அடுத்தபடியாக நம் நாட்டில் இங்கிலீஷ் வைத்தியத்தையே நாம் வளர்த்துக் கொண்டு வருகிறோம். ஆயுர்வேத வைத்தியம், அல்லோபதி வைத்தியம், யூனானி வைத்தியம், இவைகள் எல்லாம் எப்படி இருக்கின்றன? அவைகள் நாளுக்குநாள் வளர்ந்துகொண்டிருக்கின்றன. இவைகள் எல்லாம் அகில இந்திய அள விலே இருப்பவைகள். நம் சித்த வைத்தியம் தமிழ்நாடு அளவிலே இருப்பதனாலே அதனுடைய வளர்ச்சிக்கு நாமெல்லாம் பெரு முயற்சி எடுத்து வளர்க்கப் பாடுபட வேண்டும். சிலர் வைத்தியம் பார்த்தாலும் கூட, அந்த முறைகளைச் சொல்வதில்லை. சித்த வைத்தியத்தால் முழுவதும் குணமாகிவிட்டது என்பார்கள். ஆனால் அந்த வைத்தியர் அந்த முறைகளை வெளியிலே சொல்வதில்லை. நம்முடைய தமிழ்நாட்டிலே அந்த முறைகளை வெளியிலே கொண்டு வந்து அது வளர்வதற்கு ஏற்ற முயற்சிகளை எடுத்துக் கொள்ள வேண்டும். குறிப்பாகச் சொல்லப்போனால் அல்லோபதி வைத்தியத்திற்கு ரீஇம்பர்ஸ்மெண்ட் கொடுக்கிறார்கள். மெம்பர்களுக்கு மட்டும் கொடுக்கிறார்கள். நாம் சித்த வைத்தியம் பண்ணிக் கொள்பவர்களுக்கு ரீஇம்பர்ஸ்மெண்ட் வசதி உண்டு என்றால், அங்கே போய்க் கொஞ்சம் எட்டிப் பார்ப்பார்கள்.

(பிற்பகல் 5.20)

இந்த மருந்துகளுடைய பிரசாரம் இருக்கிறது பாருங்கள், தன்னுடைய சம்பாத்தியத்திற்காக....

திரு. எஸ். நாராயணசாமி: அப்படி "பில்" ஏதேனும் கொண்டுவரவேண்டும்.

திரு. ஒய். வெங்கடேஸ்வர தீக்ஷிதர்: அதற்காகத்தான். நாம் வளர்ச்சியை எப்படி [illegible]? இதற்கு ஒரு கட்டுப்பாடு கொண்டுவந்து சரி செய்தால்தானே "பில்" ஆல் ரெகுலேட் பண்ணி ஒழுங்குபடுத்தலாம். அத்தனையும் எப்படிச் சரியாகிவிடும்? சர்க்கார்தான் ஒழுங்குமுறைப் படுத்த வேண்டும். ஒருவனுக்கு இரண்டு பிள்ளைகள் இருந்தால், ஒருவன் கெட்டிக்காரனாக இருப்பான். ஒரு பிள்ளை மண்டுவாக இருப்பான். கெட்டிக்காரப் பிள்ளையை மட்டும் வளர்த்துக் கொண்டு போனால், மண்டுப் பிள்ளை என்ன செத்துச் சுண்ணாம்பு ஆவதா? அவனுக்கு சம்பாதிப்பதற்கு ஏதாவது வழிமுறைகளைச் சொல்லிக் கொடுத்தால்தானே முடியும். படித்தவர்கள் எல்லோரும் திரு. சித்ரா நாராயணசாமியைப்போன்று இண்டஸ்ட்ரியலிஸ்ட்டாக இருக்கிறார்களா? என்னைப் போல ஒரு நாட்டுப்புறம் இருக்கத்தானே செய்வான். ரோடு என்று ஒன்று இருந்தால், நடையிலே போவதற்கும் நூறு பேர் இருக்கத்தானே வேண்டும். எல்லோருமே காரிலே, மோட்டாரிலே போக முடியாது. [illegible] விளம்பரப்படுத்தி நாட்டிலே பணம் சம்பாதிக்கிறார்கள். காலையிலே ஒரு பேப்பரைப் பார்த்தேன். என்னென்னவோ போடுகிறார்கள். இதை வாங்கிச் சாப்பிட்டால், 90 வயது அனவன் 10 வயதாகிவிடுவான் என்று எல்லாம் போட்டிருக்கிறார்கள். இம்மாதிரி பயங்கரமான விளம்பரங்களைக் குறித்து சர்க்கார் என்ன நடவடிக்கை எடுக்கிறார்கள்? இதிலே கலப்படம்

இருக்கிறதா ? உண்மையான சம்பாத்தியம் இருக்கிறதா ? ஏனென்றால் நாளுக்குநாள் சம்பாதித்துக் கொண்டே போகிறார்கள். எப்படி சம்பாதிக்கிறார்கள் ? கிட்டத்தட்ட ஒரு பத்திரிகையை எடுத்துப் பார்த்தால், அதிலே விளம்பரம்தான் நிறைய இருக்கிறது. பெரிய மனிதர்கள் எல்லாம் வாங்குகிறார்கள். இதை வாங்கினால் பலன் கிடைக்கும் என்று விளம்பரப் படுத்துகிறார்கள். இம்மாதிரி விளம்பரப்படுத்தும்போது, ஆர். எம். பி., ஆர். எம். பி. என்று போடுகிறார்கள். இதனால் மக்கள் மிகவும் பணம் செலவழித்து ஏமாந்து போகிறார்கள். நேற்று எக்மோரில் ஒன்றைப் பார்த்தேன். காமநோய்க்கு மருந்து என்று போட்டிருக்கிறார்கள். என்னடா இப்படிப் போட்டிருக்கிறார்களே என்று அருகில் சென்று பார்த்தால் அடியில் என்ன போட்டிருக்கிறது என்றால், " வி. டி. " என்று போட்டிருக்கிறது. பஸ்ஸில் போகிறவர்கள் மேலே காம நோய்க்கு மருந்து என்று போட்டிருப்பதைப் பார்த்துவிட்டு, என்னடா இது காமநோய்க்கு மருந்தா என்று புரியாமலே போகிறார்கள். இந்த மாதிரி விளம்பரங்கள் எல்லாம் கூட நாட்டிலே ஜாஸ்தியாகக் கொண்டே இருக்கின்றன. இந்த மாதிரி விளம்பரங்களைக் கட்டுப்படுத்தினால்தான், மருந்தினால் மனிதர்களுக்குக் கெடுதல் அதிகமாக இருக்காது.

சுகாதாரத்தைப் பொறுத்த வரையிலே, அமைச்சர் அவர்களிடத்திலே நான் தனியாகச் சிலவற்றைக் கொண்டுவந்து தரலாம் என்று இருக்கிறேன். ஏனென்றால், அதையெல்லாம் பப்ளிக்காகச் சொல்லிவிட முடியாது. ஒரு நான்கு நாள் கழித்துக் கொண்டுவந்து தருகிறேன் என்று சொல்லிக் கொண்டு இந்த வாய்ப்பு அளித்தமைக்கு நன்றி கூறி முடித்துக் கொள்கிறேன். வணக்கம்.

THIRU G. SWAMINATHAN : Mr. Chairman. I crave your indulgence for speaking in English, since I feel I will be able to do full justice to the subject of Policy Notes on Medical and Public Health by speaking in English.

My esteemed Friends Thiru Narayanaswamy and Thiru Damodaran had dwelt at length on the eradication of malaria and pointed out that the incidence of malaria was on the increase in our State. I have been seeing this Malaria Eradication Programme in the State. In the Policy Note on Public Health, graphs have been given with regard to infant and neonatal mortality. maternal mortality, incidence of cholera and incidence of smallpox, and I am very happy to find that the graph shows that the incidence of cholera and various other diseases and infant mortality are going down. Actually in the case of malaria and filaria, the graph should go up. When graphs have been given for all the diseases and the graph is going down, I do not know why a different method has been adopted in regard to National Malaria Eradication Programme and also the National Filaria Control Programme. There are only two pictures given about the above programmes. If the

graphs had been given for both of them, it would have given a clear indication about the incidence of both those diseases. I am not very happy to find that Malaria Eradication Programme has not been taken up very seriously in Tamil Nadu. In this connection, I want to mention about the Cinchona Factory and Production of quinine at Ootacamund. When malaria was not very much prevalent three or four years ago, the Cinchona Factory was not concentrating on the manufacture of quinine and most probably they were indenting from other places. Owing to that they have not been having much interest in either the manufacture of quinine or in the nursing of the trees. But now there is scarcity for quinine in the market the world over and there is increase in the incidence of malaria not only in India but also in other places. It is said that the mosquito causing malaria has become resistent to even the D.D.T. and they are trying to find an alternative solution the world over. I would request the Hon. the Minister for Health to speed up the manufacture of Cinchona and its derivatives in the Cinchona Factory at Naduvattam and also try to augment the bark that is there. The bark that is available at Ooty is not even sufficient for manufacture for a few months. Therefore, the factory works about 1 to 1½ months in a year and then it is not doing anything worth while for the rest of the period in the year. They have to import barks for which foreign exchange is not available. I think we must augment the production of cinchona bark and then we will be able to give full work to the factory at Naduvattam.

(பிற் பகல் 5.30)

Then, I wish to refer to the Primary Health Centres which are there in all Panchayat Union Centres. It has been stated very correctly by the Hon. Minister that we should have at least one more Primary Health Centre in every Panchayat Union area. We have got a lot of Medical Graduates still unemployed and I am told that about a few hundreds of them are without any job for a period of 1½ to 2 years and they have already registered themselves seeking employment and it may take another two years for them to get any Government job. But still there are not many doctors who are willing to go to the villages, in spite of the fact that we say that there should be at least one doctor for every 3,000 persons. That is the reason why the question of having bare foot

doctors was debated both in Parliament and also in the Assembly here. It was stated in Parliament that the scheme of having bare-foot doctors should be brought in our country also as in China. In China when they found that the doctors were not going to the villages, they felt it would be advisable to recognise the very doctors who were working in the villages as bare-foot doctors. Being poor, those persons had no slippers and they were called bare-foot doctors and they were moving with the people in the villages. They could be encouraged and enabled to give better medical service to the villages, so that at least minimum medical facility will reach those people. The Parliamentary Committee on Petitions or some other Committee in which my esteemed Friend Thiru Marisami was a Member recommended the proposal to our country also. The Government of India also recommended that scheme. Our Hon. Minister for Health has rightly refused to accept that scheme for introduction in our State, saying that we have already got a number of quacks causing havoc on the villagers. The quacks who have no medical knowledge will begin to give medicines to the persons, which even reputed doctors will hesitate to prescribe. If they give prescriptions for all sorts of diseases, there will be no possibility to have drug control provisions implemented. Under the Drug Control Act, certain medicines could be sold only under prescriptions from qualified people. I think it is a dangerous proposal to recognise the unqualified people and I only congratulate the Hon. Minister on saying that we will have nothing to do with that system of having bare-foot doctors. But, with all that something must be done to see that our doctors go to villages. I wish to say one thing in this connection. Even in the case of hospitals in various places in the rural areas and towns, there is much difference between one hospital and another. There are hospitals which have been taken over from the District Board and hospitals which are in Panchayat Union areas and also Primary Health Centres. For instance, I may mention that there are hospitals in Kudavasal, Tiruvidaimarudur, Swamimalai and in Kodikkarai near Arantangi. All of them are either Hospitals or Primary Health Centres but there is difference between one place and another. Though they are called by the same name, either Hospital or Health Centre, one doctor is posted to a place where he will be able to get three times his salary by way of private practice, and another doctor is posted to a place where he will have no conveniences and he will not get anything other than his

salary. Therefore, what happens is this. When a person is appointed to a particular place which has no convenience in the view of the particular person he goes about here and there and brings pressure on the powers-that-be to get posting to the place of his choice.

Then influence comes in, the importance of that particular person who is contacted comes in and then the administration becomes very difficult. Naturally, these doctors do not go to the villages in the remote parts where people suffer because they do not have the services of the medical personnel. I only suggest that there should be differentiation in emoluments or additional benefits should be given to persons posted to such of those hospitals where the doctors are not willing to go because they do not have facilities there.

THIRU S. NARAYANASWAMY : In British times, there was a practice of giving discomfort allowances in such cases.

THIRU G. SWAMINATHAN : For instance, there is a place called Ponpethi near Aranthangi which is considered to be a God-forsaken place as there are not even 50 people within 50 yards from the hospital. No doctor posted to that place joins duty. It seems there is one lady doctor. She too was in an advanced stage of pregnancy and she could not get a proper person to recommend her case to the superior officers. She came from a poor family and she was afraid of losing even this job also if she made any representation and so, she was somehow getting on. So, no doctor joined there and there was also no nurse there. Excepting the male nursing orderly and this lady doctor, it seems there was no other person there and the lady doctor found it very inconvenient to continue in that place. I am only telling this as a solitary instance. So, it is necessary that we grade these hospitals—whether they are Government Dispensaries or Primary Health Centres—as Grades A, B and C according to the facilities available at the places of their location and, as my hon. Friend Thiru Narayanaswamy suggested, we may give discomfort allowance to doctors posted to places where there are no facilities. We may say that doctors posted to such places will get Rs. 100, Rs. 200 or Rs. 400 more. Then only doctors may be interested in going to remote places. I think the Hon. Minister may consider this point so that we may be able to get doctors to work in remote villages.

1975 மார்ச் 27] [Thiru G. Swaminathan]

Sir, coming to the scheme of Peripheral Hospitals that has been brought about in Madras City, I very much welcome that scheme. What we find today is that most of the people who get very minor ailments immediately go to the General Hospital, the Stanley Hospital or the Royapettah Hospital. They go to the major institutions even if they get small ailments like cold or fever. Such major institutions should be made use of only for important treatments for serious diseases. Unless the Peripheral Hospitals come about in various places in Madras City, all people will go and crowd the institutions like the General Hospital, the Stanley Hospital and the Royapettah Hospital, wasting the time of the doctors and Professors there. For ordinary ailments the patients should be examined by the doctors in the Peripheral Hospitals and only cases referred by them should be taken up in institutions like the General Hospital, etc. I only wish that the Hon. the Minister for Health may recommend the extension of the Scheme to Corporation Hospitals and also to other places where we have got a medical college. For instance, in Thanjavur, there is a Medical College and the Rajah Mirasdar Hospital. There are also Municipal Hospitals. But nobody wants to go to the Municipal Hospitals because they consider those hospitals as inferior ones. People do not want to go even to the Government Headquarters Hospital at Nagapattinam and most of the people want to come to Thanjavur all the way from Nagapattinam. Before the Medical College Hospital came, everybody used to come only to the Headquarters Hospital but now the trend has changed. That tendency has come because a feeling has come about that in the Medical College hospital alone they will get better treatment. Moreover, everybody thinks that he is precious to the world and even for minor ailments he goes only to the big medical institution. So, I only wish that the Hon. Minister may extend his very good idea to other places also and see to it that the Peripheral Hospitals are extended to all the places where there are medical colleges, like Thanjavur, Tirunelveli, Coimbatore and other places. I recommend it most heartily.

Sir, I have one more conflicting idea to say here and it is about the question whether the number of seats in medical colleges has to be reduced or not. The Hon. Minister has been making statements about this during the past two or three years. I think that

once he said in the Assembly itself that the number of students would be reduced and he has already reduced about 100 students. Even last year, he was toying with the idea of reducing the number of students. The idea seems to be that the medical colleges are already overcrowded. In the Thanjavur Medical College, a hostel which was constructed to accommodate about 75 students was allowed, during the time of the Chinese aggression to accommodate 100 or 125 students and I think now it is accommodating 175 to 200 students. I do admit that there are not enough facilities in the medical colleges. Unless the number of students is reduced, most probably full attention may not be given to the students. But now we have come to a particular spell of time where the general policy itself is not to look as much for quality as for quantity. Hon. Members may be aware that the other day we had been asking of the Hon. the Minister for Education whether there should not be more than 40 students in every school-class because the M.E.R. had stipulated the limit as 40. The Hon. the Minister for Education himself admitted that in some of the schools there were 80 students, the reason being that the Government were not able to find funds for the additional buildings and teachers. The same situation has come to be true of the medical institutions also. A situation has come about where more number of persons have to be attended to with the facilities available. As regards the statistics that have been given, I find that the bed-strength of the hospital at Thanjavur is furnished as 650. But that is not the relative statistics. Whereas the statistics is given as 650, as far as I know, there are about 600 more persons lying by the sides of the cots, etc., and thus the total would come to 1,250. If those persons are not provided facilities within the wards, they are prepared to sleep outside the wards also. The number of medical personnel, nurses, orderlies and other staff who are required to look after these people is calculated on the basis of the bed-strength. But if we actually consider the number of persons who are there, we will find that the number of doctors and other personnel who have to be posted to those institutions will be far more.

THE HON. THIRU K. ANBAZHAGAN: When the patients themselves find it very difficult to find suitable places, how could the nurses and doctors find places?

1975 மார்ச் 27] ~~[Thiru K. Anbazhagan]~~

Thiru G. SWAMINATHAN: (பிற்பகல் 5-40)

Sir, then again, we come to the old question of striking some balance. I do not know how he is going to do it. The argument we have to face is lack of finance. Anyhow, the bed-strength will have to be increased.

So far as Thanjavur is concerned, I can offer a solution. So far as the Rajah Mirasdar Hospital is concerned, there are 1,250 people admitted and in the Thanjavur Medical College Hospital there are only 550 people and no extra beds are allowed. In Thanjavur, we can conveniently provide accommodation for 250 to 300 people more in the Medical College Hospital and to that extent, the crowding in R.M. Hospital will decrease. The Director of Medical Education came there and inspected the place and said that they could have additional beds in the Medical College Hospital. Then the proposal appears to have been shelved and I do not know what had happened. Wherever there are beds and patients, we have to observe certain ratio of doctors-patients. Therefore, we should increase the number of persons employed in the hospitals.

So far as Medical Colleges are concerned, I think the medical graduates have been waiting for more than 1 or 2 years without appointment. It is not so acute in the case of Engineering Graduates. There are thousands of Graduates in other faculties without employment. There are about 50 lakhs of people who are educated but are not having any employment. Still we have not closed down the educational institutions or reduced the number of students admitted in those Colleges. Therefore, on the ground that there are a number of Medical Graduates without employment, we should not reduce the number of Medical Colleges. I think it will not be a proper solution for the problem of unemployment. I would only advocate the opening of one more Medical College, if the Government of India accept the proposal, and I think Salem will be the best place suited for the opening of a Medical College. It has got a good Headquarters Hospital and there is no proper institution in and around Salem for a distance of about 100 miles. If the Hon. Minister can prevail upon the Government of India and the Ministry there, we can have one more College and the number of people here can be reduced and put to the Hospital in Salem.

G. Swaminathan
[Thiru ~~K. Anbazhagan~~] [1975 மார்ச் 27

One more point regarding abortion. Mr. Chairman, I request I may be permitted to have another 10 minutes to finish my speech. I have got many more points including Siddha............

MR. CHAIRMAN : Abortion is so important. The hon. Member may take another 5 minutes.

THIRU G. SWAMINATHAN : Regarding abortion, there was a discussion in the Assembly also and then it was said that some of the persons had died because of lack of proper attendance. I only wish to say that even after the Enactment has been passed, people are not coming for this kind of operation to qualified people but are going to quacks, not only in the villages, but also in the towns. The same people who are in the Women and Children Hospital are posted for this also. No extra beds are allotted for this purpose. I only request the Hon. Minister, if he is very serious about this problem, to see that extra beds are provided and qualified personnel are appointed and also some sort of propaganda is made to the effect that such an Act has been passed and such a service is available in all the major hospitals.

Regarding the T.B. work, I wish to say that the T.B. work is getting on very well and our State also has got the award for the last 7 years in selling the T.B. seals. We have got the award for 7 years and this year also we have got the cup which has been given to the Association. I only congratulate the Minister on having taken such a lot of interest in the matter of T.B. Coming to Thanjavur district, I wish to offer one or two suggestions. In Thanjavur district, we have got the Sengipatti T.B. Sanatorium. It was formerly in private hands and now it is a quasi-Government institution. Somebody has endowed lands. After the passing of various enactments by the Hon. Minister for Revenue to the effect that the tenants need not give any money to any institution whether it is charitable or not, the Sengipatti T.B. Sanatorium is not at all receiving any money from the tenants. All the property has been endowed and they are in the hands of the tenants and the tenants are not paying money to the Hospital. So, the Hospital is slowly dying, I would say. After the last Superintendent, there is no qualified Superintendent in the Sanatorium. The present Superintendent is only an M.B.B.S. with only 5 years' experience and with no experience in treatment of T.B. I would only request the Hon. Minister that a Superintendent with qualifi-

1975 மார்ச் 27] [Thiru G. Swaminathan]

cation in treatment of T.B. like T.D.D. may be posted to the Sengipatti Sanatorium. The people in Thanjavur district have great faith in that Sanatorium and they will not go to the R.M. Hospital, Thanjavur, where there is the District T.B. Officer and they prefer to go to the Sengipatti Sanatorium and the present staff there are not able to manage the people coming there. There is a separate theatre even for thoracic surgery at Sengipatti but that is not being used because there is no full-fledged Surgeon. A new building has been constructed but that has not been opened at all. Non-paying patients are finding it very difficult. The other day when I was starting for Madras, I heard that politics in that place had gone to such an extent that a doctor who took a person to task for swindling the money had been locked in his house for 3 days. I informed the Superintendent of Police over the phone that a particular doctor was inside his house being locked and it is not known what happened to him. The Superintendent of Police also said that he also got a complaint, since the person locked inside had somehow or other smuggled a note outside. He said that he would go and find out what had happened to him. That is the serious and anomalous situation in which the Sengipatti Sanatorium is functioning. I would request the Hon. Minister to look into the matter.

Another thing I wish to mention is regarding the divisional clinics in Thanjavur district. We have got five peculiar divisional clinics. They were started some years ago and honorary people are posted there. The divisional clinics are manned by them. Medicines are being given and subsidised X-rays are being taken there. But the doctors are not properly attending on the patients.

The Divisional Clinics are not very necessary in Thanjavur district. The T.B. work can very well be taken up and integrated with the adjoining hospitals and the Divisional Clinics closed down. In the alternative, we can appoint separate full-time doctors for T.B. work so that the T.B. Officer in the district may be able to have a control over their work. I congratulate the Minister on the efforts he has taken regarding Siddha System and the building of Arignar Anna Government Hospital Complex which has been very much improved. He is bringing the Central Research Institute Directorate and also the Srinivasamurthy Institute for research inside the Hospital Complex. A Pharmacy has

been opened in that hospital. I am told that a building complex at a cost of Rs. Five lakhs is going to come up. I want to offer one suggestion in this connection. We are going to have a full-fledged Pharmacy of medicine in Arignar Anna Hospital which is going to supply medicine not only to that hospital but also to the various hospitals in the State. Now the only Hospital that is now supplying medicine is IMPOOPS and it is finding it extremely difficult to supply medicine. The Pharmacy may be well equipped so that it may be able to supply medicine. When the Pharmacists are appointed, only B.I.M. Graduates are going to be appointed. This is what I learn. I wish that the people in the field should be appointed to an advisory committee. Thiru Kondal Rao and Thiru Narayanaswami Pillai and two or three people may be appointed, because the manufacture of those medicines cannot be learnt but it has to come by experience and it is a hereditary affair. So, I request that an advisory committee may be appointed. Regarding the Anna Hospital, one more point. There is no compound and encroachments are taking place.

Mr. CHAIRMAN : How many more points ? The hon. Member must finish his speech. There are four more to speak and the Hon. Minister has to reply.

Thiru G. SWAMINATHAN : Sir, I have only two more points. I will tell the points alone and finish my speech.

Regarding encroachment, if once the encroachment has taken place, it will become very difficult to evict the encroachers.

Regarding the printing and publication of books, the Palani Devasthanam has given Rs. 75,000 and it is giving another Rs. 1,25,000. I congratulate the Hon. Minister on having appointed a scholar like Kandasami Pillai for writing the history of Siddha Medicine. It is a very welcome move and he is appointing a person who is most competent to do the job. I only wish that the book is brought very early so that the people might be benefited by it. Regarding the Siddha Books, they are available only in a few places like Palayamcottai College and certain other places. The books should be made available in almost all the places like Higginbothams and Swadesamitran Bookstall and the Saiva Siddhanta Publishing House so that the village doctors and others may be able to purchase these books. This is another thing I wish to recommend to the Hon. Minister.

Regarding the Pharmacy Block in Palayamcottai College, that block has to be built immediately because it has become a Post-Graduate College now. This may be immediately attended to.

Regarding reimbursement, I agree with my esteemed Friend that reimbursement facilities for Siddha Medicine should be given. Now it is restricted to Arignar Anna Hospital and the Palayamcottai Hospital. It has to be given in all the District Headquarters Hospitals.

Regarding the problem at Thanjavur, the Deep X-ray therapy machine has not been functioning there for the last four months. I do not know the reason why the Government have not taken any action. I think there is some mechanical trouble. I request the Government to take immediate action in that regard.

In the Women and Children Hospital, an operation theatre was opened by the Hon. Minister and it is not functioning from that date onwards. A pucca operation theatre is there and I do not know why it is not functioning. There is only one operation theatre in R.M. Hospital and it is not sufficient. I wish that immediate action may be taken.

The Blood Bank is a serious problem in the R.M. Hospital. So many committees came and so many people had come. They have not solved the problem.

There is stagnation in the post of non-clinical Professors. Many of them are representing to me in various medical colleges that they are not able to get any practice. Clinical professors are getting thousands of rupees, sometimes running to Rs. 20,000 per month. Non-clinical professors are getting Rs. 1,100 for so many years. One gentleman was saying that from 1963 to 1972—till the Second Pay Commission—he was getting the same salary. From 1972 he is getting Rs. 1,100 which he will continue to get till his retirement. Though they are only a few in number, I think the Hon. Minister will kindly give them Selection Grade Scale of pay.

(பிற்பகல் 5-50)

Sir, the next point which I want to mention is about nurses and it is a pleasant point. It has been reported to me by nurses, of course, by male nurses, that the Uniform Allowance of Rs. 75 that is being given to them was fixed in the year 1944. They say that it is very necessary that they should appear in clean uniform

in the wards, so that the patients cheer up. Therefore, it is necessary that their Uniform Allowance is raised from Rs. 75 to Rs. 200. They also say that the amount which they are getting by way of risk allowance is only Rs. 30 which was fixed in the year 1926 and this also should be increased to Rs. 60 per month.

Thank you.

* THIRU G. VASANTHA PAI : Hon. Chairman, Sir, it is with great pleasure that we read through this Policy Note on Medical and Public Health. But one of the features which I found missing in this Policy Note was a scheme for making Health Insurance. Now that both Life Insurance and General Insurance have been nationalised, may I suggest for the consideration of this Government that a National Health Insurance Plan should be there for all types of people and all persons whatever their income may be? Sir, this is a tip that may be got from the National Health Scheme which is prevalent in English or more particularly in every district in the United States. Sir, just like the hon. Member Thiru Swaminathan who went to China and gave some tit-bits of what was happening in the Chinese hospitals, may I make an excursion of my visit to the two hospitals in the United States where I had been ? One is the Sunnybrook Hospital in Toronto and the other is the Children's Hospital in the same place. I had an exhaustive tour from the first to the 23rd floor in the Children's Hospital in Toronto as also the Sunnybrook Hospital which has got 1,000 beds. One of the main things that I found was that the cost for these hospitals was nearly 100 dollars per day in the first hospital and in the second hospital the cost was 126 dollars per day for a patient. Sir, it is too much of an expenditure in our country and much so in the United States also. But I am told the Health Insurance Scheme provides the funds; barring 10 per cent of the expenses, 90 per cent of the expenses are met by the Insurance organisations. Every family, every child new-born, every woman who is going to be an expectant mother, are all insured and they are booked sufficiently in advance in all these hospitals. The Insurance organisation pays 90 per cent of the expenditure, as against the 10 per cent which the patients have to meet from their salaries. The provisions that are made in these hospitals are of an enormous nature and virtually every known equipment for every known disease is available in these hospitals. Sir, I would like that Tamil Nadu, which has got an abundant measure of

intelligentsia working in Government as well as private hospitals should concentrate on getting the necessary equipment down to these hospitals and cost should not be a consideration in a Welfare State. I requested the Hon. Minister, when the Hon. Speaker of the Assembly as well as the Hon. Chairman entertained the Speaker of British Columbia at the Dasaprakash Hotel—that the Hon. Minister as well as a group of medical experts from this country should visit Toronto and Victoria and find out the facilities for themselves. Of course, the Hon. Minister then shook his head in assent but I still find him here and he has not made an excursion of those places and I do not think. . . .

THE HON. THIRU K. ANBAZHAGAN: Sir, the Minister finds it very difficult to find foreign exchange for such a travel.

THIRU G. VASANTHA PAI: Sir, I also realise that Elections are coming soon and he may not now be prepared to go on such an excursion. But I would say that it will benefit immensely if a team of medical experts goes from here and examines the condition in the hospitals in England, the United States and Canada and it would do much to better the condition that is prevailing here. I am sure that those ideas could be emulated here also. I am saying this from what I saw there when I went there as a layman. As the hon. Member Thiru Damodaran said, I do not know the difference between Carbon Monoxide and Sulphur Dioxide because I am not a student of Science but am a student of History. But, nevertheless, as a layman when I went into these hospitals, I found the atmosphere as well as the cleanliness there was very good. Sir, reference was made by the hon. Member Thiru Narayanaswamy to the number of persons who were in the corridors of our hospitals. Sir, we all know of the conditions here. We have got a teeming population and we cannot make improvements overnight as persons in Toronto or persons in New York or in other places could do. But, nevertheless, we can have some environmental hygiene. We can make our places look better. We can also see that better living conditions are made for the patients inside the hospitals and this does not require any Herculean task on the part of those in charge of these hospitals. In connection with the environmental hygiene also I wanted to bring to the notice of the Hon. Minister two facts which I feel, as a person in charge of Public Health, he can enforce. The first about persons who own cattle. Sir, some arrangement, some constant visit by

officials to the houses of such persons to see what they do with the cow-dung—whether they stack it to the inconvenience of the neighbour or whether they stack it to multiply the mosquitoes—must be resorted to by the Government and especially the Hon. the Minister for Public Health must have his immediate attention given to this. I find that in many households in places like Gandhinagar, Kasturba Nagar and several other posh localities people keep cattle inside their houses but they do not take care of what happens to cow-dung and how they dispose of it. They simply multiply and accumulate it and it grows into a mountain and those persons probably do not know the extent of mosquito menace that they are creating by this to their neighbour.

The second thing which I want to submit to the Hon. Minister is about the careless way in which the sanitary towels and napkins are thrown on the road by persons who use them. I am very sorry I have to bring this to notice. I saw some ghastly sight the other day of young school children picking these things, thinking that they are bits of cotton and trying to nurse their wounds which they sustain while they fall down on the roads during play. It was a terrific sight for me. I went there and I had it pulled out of their hands and told them not to do that. I find, to my amazement that in several posh localities, people just throw these things out with the rubbish. Sir, the Hon. Minister must see to it—I find several advertisements coming in the papers of matters for which there need be none—that some education is given to the public in this matter, and this habit must be stopped. Despite the fact that it appears to be so trivial it is such a matter of hygienic value that something must be done to educate the public, more especially the rich people who use these towels and napkins.

Sir. I come to the next point which is about the Women and Children's Hospitals. Sir, as I said earlier, the Women and Children's Hospitals should be the first concern of an Insurance organisation. First. the expectant mothers should be insured and child-birth should be insured and then, Sir. the expense in respect of that must be met from the Insurance Corporation and the persons concerned should have to incur only very little expenditure on bringing up the child. They should meet only very little expenditure from their own pocket. This is an aspect which is of

major concern in every Welfare State. The hon. member Thiru Swaminathan was referring to China. I had been to China in the year 1955 as a member of the Lawyers' delegation and I have seen hospitals and seen the creches in the factories. I have also seen the creches in most of the commercial establishments where persons who have just new-born babies leave their children in charge of the nurses who look after them from 8 a.m. to 5 p.m. in the factories. The children are well looked after and well-managed and there is no trouble at all. When the mother comes back, she puts the child back in the sack on her back and she walks away. That is how they carry children—they have got a Kangaroo type pouch on their back. This sort of thing could be put into practice with great efficacy in our country also. I do not see why factories here should not have creches. I do not see why nurseries should not be there for children from one year to five years onwards. Sir. I am not exaggerating. When I went to Madame Soong-Ching-Leng's nursery in Shanghai, I found children graded according to ages. They were up to 5 years; they were all of the same height. They were all so plumpy that it was impossible for a person like me to hold them for more than five minutes.

(பிற்பகல்-6·00)

Sir, they were all well looked after there. I always thought of grading of apples and mangoes and things like that. That also applies to the children in those countries. They are well looked after and these creches and those nurseries are doing great public service. I feel, Sir, that we miss a person of the eminence of Thirumathi Clubwala Jadhav here and she would have given all her time and energy for a thing of this sort. The Hon. Minister has been continuously in charge of Medical and Public Health all these years and I hope he will give this problem his most urgent and immediate attention.

Sir, many speakers before me have talked only on the Policy Notes on Public Health and Medical but none of them has talked about the Policy Note on Urban Development which has also been placed before the House. Therefore, I may take a few more minutes to speak on that. I am sure you will allow me that time.

Sir, we are fully aware that Madras was one of the three Cities where we had the trams and we got them off the road in 1950-s much to the chagrin of the discontented labour. I appeared for

some of the labourers before the Court when the entire Company was taken over and sold. At that time we thought that we could not have tramways on our roads because besides the noise it made, there was not enough space in our roads to cope with the traffic. So, we got rid of the tramways. Now, Sir, on the last page of this note, at page 6, I find that there is a move to have a Mass Rapid Transit System for Madras City. Sir, what I understand by Mass Rapid Transit System is electric railway which will go on top and our cars will go on the road beneath. Our Mount Road will have a rail system on top and cars will go beneath just like the Mass Rapid Transit System in Chicago. There will be big columns in the roads and on top of them the rail will run. You have got such things in Montreal, Tokyo and several other places, where this Mass Rapid Transit System has been introduced. But there the roads are very, very wide and they are at least treble the size of our Mount Road in breadth. In those places they have this system. By doing this we will be bringing back our old tramway car without having the space necessary for having this system. I must warn the Hon. Minister in charge about this and request him to have a look at this system in foreign countries when he goes abroad, along with an expert, and he should do so before he wishes to bring that scheme in our country.

Sir, the other difficulty is that it is to be run, as contemplated, from Ennore to the other end of Madras City. If it is to be underground, then it will have to be on the model of Metro in Paris or the underground sub-way in London or in other places. Then the Stations should be well spaced out and cannot be at an interval of one or one and a half miles, but they should be located at an interval of not less than 5 miles. There should not be any conflict between the bus and the rail transport. What is done in Montreal is this: If you have a 30 cents ticket, you can use the same ticket in the Bus, Tramway and the underground rail, provided you do not break your journey in the middle. If you break the journey and fail to catch the connecting train, then you cannot use it. We must have some system of having the road transport separate from the rail transport and not allowing them to overlap with each other. They should not be overlapping in the same area. They must cater to the different parts and one ticket should be available for going in one direction at a specific price.

1975 மார்ச் 27]

The HON THIRU K. ANBAZHAGAN : The hon. Member need not bother about ticket and other things now. The entire thing is only in blue-print and he could have a copy of it.

THIRU G. VASANTHA PAI : Sir, I am happy that it is in blue-print. When it becomes a reality, I suggest that my points might be kept in mind. I have given some of my suggestions on the subject.

Finally, I wish to congratulate the Hon. Minister on the very elegant way in which he has brought out these Policy Notes. I join with the other hon. Members in saying that the Performance Budgets could have been made available to us sufficiently in advance so that we could have seen not only the blue-print but could have had a realistic view of the performance behind that. Thank you, Sir.

THIRU S. T. ADITYAN : Sir, some of the hon. Members who spoke before me were giving nice ideas about what could be done this way or that way and what was being done in so many other countries which they have visited. Certainly it was very interesting to hear those things from them.

A lot of improvement has been done in our State. What we have to look into is our limitations. The primary and basic limitation is one of funds. Everywhere you get that blockade. In every kind of advancement, the final element that decides the whole thing is the funds for the project. Considering the amount of money that we can spend, I wish to challenge this way. Take any other country which is parallel to us in the matter of finance. Perhaps most countries are rich. Even the other Asian countries are rich. At least imagine a country which has the same financial resources as we have. Then the question arises : Has any such country advanced any better than we have, considering the finances we have got?

We must be proud of so many advances we have made, in spite of the advantages of finance and facilities. There is the Heart Clinic in the General Hospital. If I remember aright, the President or the Chairman of the Royal College of Physicians who, I am told, is one of the authorities on Medicine in England, was here. He got a heart attack and was admitted in our Heart Clinic. After recovery, he gave a Press Conference in which he paid the highest

encomium for the way in which he was treated and the capacity of our physicians. Sir, that is not the only thing of which we need be proud. We have got, for instance, the neurological department which is one of the best in this part of Asia. Not only that. We have been, for a long time, proud of our gynaecology department...

[பிற்பகல் 6-10)

திரு. செ. முத்துசாமி: தலைவர் அவர்களே, ஒரு மணி நேரமாக ஆங்கிலத்திலே எல்லோரும் பேசுகிறார்கள். எனக்கு ஒன்றுமே புரிய மாட்டேன் என்கிறது. தமிழில் பேசினால் எங்களுக்குப் புரியும் என்று நினைக்கிறேன். தமிழ் தெரிந்தவர்கள்கூட ஆங்கிலத்தில் பேசுகிறார்கள். தமிழ் தெரிந்தவர்களாவது தமிழில் பேசினால் நாங்கள் புரிந்து கொள்ள முடியும் என்பதை நான் தலைவர் அவர்கள் மூலமாகக் கேட்டுக் கொள்கி றேன்.

மாண்புமிகு மேலவைத் தலைவர்: தமிழில் பேசுங்கள் என்று வற் புறுத்த முடியாது. சபை நடவடிக்கைகள் இரண்டிலும் நடக்கலாம்.

திரு. செ. முத்துசாமி: தலைவர் அவர்களே, தமிழில் பேசவேண்டு மென்று வேண்டுகோள் விடுத்து இருக்கிறோம். அவ்வளவுதான்.

*திரு. எஸ். டி. ஆதித்தன்: தலைவர் அவர்களே, இங்கு பேசிய உறுப்பினர்கள் எல்லாம் ஆங்கிலத்திலேயே பேசியதால் நானும் ஆங்கிலத் திலே பேசினேன். தாய் சேய் நல சம்பந்தமான பொருள் பற்றிய மருத்துவ ஆராய்ச்சி நம்முடைய மாநிலத்தைப் போல் வேறு எங்கும் விசேஷமாக இருந்தது இல்லை. நம்முடைய மாநில ஒரு பெரிய டாக்டர் அவர்கள் அதுபற்றி எழுதின ஒரு பாடப் புத்தகத்தை இன்று வெளி நாடு களிலே அமெரிக்கா, ஐரோப்பா போன்ற இடங்களிலே மட்டுமல்ல, எந்த மொழி பேசுபவர்களானாலும் சரி, ஒரு முக்கிய பாடப்புத்தகமாக, விசேஷமான "கிளாசிக்ல்" என்று சொல்லக்கூடிய வகையிலே அத்தனை பேரும் படித்து வருகிறார்கள் என்பதை நாம் பார்க்கும்போது, அது நாம் பெருமை அடையத்தக்க விஷயமாக இருக்கிறது. எலும்பு சம்பந்த மான பிரிவு நம்முடைய பெரிய ஆஸ்பத்திரியிலே விசேஷமாக கவனிக்கப் பட்டு வருகிறது என்பது மாத்திரமல்ல. அது உலகப்புகழ் பெற்று வருகின்றது என்று சொல்ல வேண்டும். அதற்காக கூடிய சீக்கிரத்திலே ஒரு ஃபேகல்டி கூட ஆரம்பிக்க வேண்டும் என்பதாக ஒரு முயற்சி இருந்துகொண்டு வருகிறது. இதை கூடியசீக்கிரம் செய்துவிட வேண்டும் என்று அமைச்சர் அவர்களைக் கேட்டுக் கொள்கிறேன். காலரா வியாதி, மலேரியா வியாதி, பிளேக் வியாதி, பெரியம்மை வியாதி, இப்படிப் பட்ட வியாதிகளை நாம் எவ்வளவு ஒழிக்க முடியுமோ அத்தனையும் செய்து கொண்டு வருகிறோம். எனக்கே தெரியும். பல வருஷங்களுக்கு முன்னால் மழைக்காலம் வந்துவிட்டால் காலராவும் சேர்ந்து வந்துவிடும் என்று, ஆனால் சமீப காலத்திலே காலரா கிட்டத்தட்ட தடுக்கப்பட்டுவிட்டது. அதற்காக நாம் பயப்பட வேண்டிய தேவையில்லை. அமைச்சர் அவர்கள்

பெரியம்மை என்ற வியாதி ஒழிந்துபோய்விட்டது என்று சென்ற வருஷத்திலே கூட சொன்னார்கள். சில காலத்துக்கு முன்னாலே மலேயா போன்ற இடங்களிலே பெரியம்மை என்ற வியாதி ஒழிந்துபோனது தெரியும். நம்முடைய நாட்டிலே கூட பெரியம்மை என்ற வியாதி வேறு சில மாநிலங்களிலே அதிகமாக இருந்தபோதிலும், நம்முடைய மாநிலத்தில் ஒழிக்கப்பட்டுவிட்டது. அதே சமயத்தில் சிக்கன் பாக்ஸ் என்று சொல்லக்கூடிய வியாதிக்கு மருந்துகள் இல்லாமல் இருக்கிறது. அதற்கு ஏதாவது ஆராய்ச்சி செய்து மருந்துகளைக் கண்டுபிடித்து, அந்த வியாதி வராமலிருப்பதற்கு ஆவன செய்ய வேண்டும். ஒரு குழந்தைக்கு சிக்கன் பாக்ஸ் வந்துவிட்டால், அதன் தாய் "கண்ணிலே வந்துவிட்டால் என்ன செய்வது? கண்ணிலே பூ விழுந்துவிட்டால் என்ன செய்வது? கண் கெட்டுப் போய் விட்டால் என்ன செய்வது? விழி பிதுங்கி விட்டால் என்ன செய்வது?" என்று பயப்படக் கூடிய நிலைமை இன்று இருக்கிறது. கண் கெட்டுப் போனால் என்ன செய்வது என்ற பயம் ஏற்பட்டிருப்பதினாலே அந்த வியாதிக்கு ஒரு மருந்தைக் கண்டுபிடிப்பதற்கு ஆவன செய்யவேண்டுமென்று கேட்டுக்கொள்கிறேன்.

மலேரியாவைப் பற்றிப் பல உறுப்பினர்கள் பேசி விட்டார்கள். இந்த நோய்க்கு, வட இந்தியாவிலே வெளிநாட்டு ஸ்தாபனத்தினுடைய கூட்டு முயற்சியினாலே அதற்கான ஆராய்ச்சிகள் நடந்து கொண்டிருக்கின்றன. ஏராளமான ஆண் கொசுக்களை உற்பத்தி செய்து அவற்றை மலடாக்கி, அந்த ஆண் கொசுக்களை ஊருக்குள்ளே . .

திரு. கே. ராஜாராம்: தலைவர் அவர்களே, பசு என்று சொல்கிறார்கள். பசு என்று சொன்னாலே அது பெண்தான். ஆண் பசு என்று சொல்லுகின்றார்கள். அதன் அர்த்தம் என்ன என்று . .

திரு. எஸ். டி. ஆதித்தன் : கொசு என்று சொன்னேன். (சிரிப்பு) பசு என்று சொல்லவில்லை. சரி, நரி பரியாகவும் பரி நரியாகவும் ஆகுமானால் கொசுவும் பசுவாகலாம். பசுவும் கொசுவாகலாம். ஆகவே இந்த மலடான ஆண் கொசுக்களை ஊருக்குள்ளே தள்ளி விட்டால், அந்தக் கொசுக்கள் பெண் கொசுக்களைச் சேர்ந்து அதற்குப் பிந்திய சந்ததி இல்லாமல் செய்துவிடும் என்ற ஒரு ஐடியாவின் பேரிலே அந்நிய உதவியுடனே அது செய்யப்பட்டு வருகிறது. அந்தப் பரிட்சையை நாம் பார்த்துக் கொண்டிருக்கிறோம். அப்படி ஒரு வேளை அது வெற்றி பெரும் பட்சத்தில் நம்முடைய கொசுத் தொல்லையும் அதோடு சேர்ந்த மலேரியா தொல்லையும், ஃபைலேரியா தொல்லையும் ஒழிந்து விடும் என்று நினைப்பதற்கு இடம் இருக்கிறது. அதற்கிடையிலே இப்படிப்பட்ட கொஞ்சம் உஷ்ணமான, வெப்பமான இடத்திலே கொசுவை ஒழிப்பது என்றால் அது சாதாரண முயற்சி அல்ல.

மாண்புமிகு மேலவைத் தலைவர் ; (திரு. முத்துசாமியைப் பார்த்து) அவர்கள் ஆங்கிலத்தில் பேசியிருந்தால் சீக்கிரம் முடித்திருப்பார்கள். நீங்கள் செய்த வேலை. தமிழ் பேசுகிறபோது வெளியே போய் விடுகிறீர்கள். இங்கிலீஷ் பேசுகிறபோது உட்கார்ந்திருக்கிறீர்கள்.

திரு. செ. முத்துசாமி : நான் தண்ணீர் அருந்துவதற்குத்தான் போய்விட்டு வந்தேன்.

மாண்புமிகு மேலவைத் தலைவர் : இங்கிலீஷில் பேசியிருந்தால், முடிந்திருக்கும்.

திரு. எஸ். டி. ஆதித்தன் : தலைவர் அவர்களே, சித்த வைத்தியத்தைப்பற்றி இரண்டொரு வார்த்தைகள் சொல்லிவிட்டு முடிக்கலாம் என்று நினைக்கிறேன். முக்கியமாக நம்முடைய நாட்டிலே சித்த வைத்தியத்திலே மூலிகைகளை உபயோகிக்கிறார்கள். மூலிகையினுடைய சத்தை மாத்திரம் உபயோகித்தால் போதும். ஆனால் சித்த வைத்தியரோ அந்த வேர் உட்பட பூராவையும் உபயோகிக்க வேண்டுமென்று சொல்லிக் கொண்டு வருகிறார்கள். ஆனால் சித்த வைத்தியத்திற்கு உண்டான மருந்துகள் சரியானபடி பிரயோஜனப்பட வேண்டுமானால், அதற்காகச் செய்யப்படவேண்டியது இரண்டு விஷயம்.

ஒன்று மிகுந்த ஆராய்ச்சி வேண்டும். இரண்டாவது ஸ்டாண்டர்டைசேஷன் வேண்டும். ரிசர்ச் அண்ட் ஸ்டாண்டர்டைசேஷன் இல்லாதபடி சித்த வைத்தியத்தை மேலும் விருத்தி செய்யமுடியுமா என்பது சந்தேகமாக இருக்கிறது. சத்து எங்கு இருக்கிறதோ, அதை மாத்திரம் எடுத்து உபயோகிக்கிறபோது அப்படி உபயோகப்படுத்துவது சித்த வைத்தியம் ஆகாது என்றெல்லாம் சொல்லுகிறார்கள். அது என்னவாக இருந்தாலும் சரி, ரிசர்ச் செய்யவேண்டும் என்பது ஒன்று. ஸ்டாண்டர்டைசேஷன் வேண்டும் என்பது இரண்டு.

நம்முடைய நாட்டிலே நிறைய மூலிகைகள் இருக்கின்றன. உதாரணமாக ரவுல்பியா, செர்பண்டினா பற்றி சொன்னார்கள். அது மிகவும் விசேஷமாக இருந்தது. அப்படிப்பட்ட மூலிகைகளில் நண்பர் அவர்கள் குறிப்பிட்ட பிரகாரம், துளசி என்பது ஒன்று. இரண்டு வாரமாக பத்திரிகையிலே அடிபட்டுக் கொண்டிருக்கிற வல்லாரை என்பது இன்னொன்று. இப்படி எத்தனையோ மூலிகைகள் இருக்கின்றன. நந்தியாவட்டைப் பூவிலிருந்து ஒரு சொட்டு சாறு எடுத்து கண்ணிலே விட்டால் கண்ணிலே இருக்கக்கூடிய வியாதிகள் அத்தனையும் போய்விடும் என்று நாட்டிலே சொல்லுகிறார்கள். இந்த மூலிகைகளையெல்லாம் ஆராய்ச்சி செய்து பார்த்து அவைகளிலே என்ன சத்து இருக்கிறது என்பதைக் கண்டுபிடித்து அந்த சத்துக்கு அளவுப் பிரகாரம் வேண்டிய உபயோகம் செய்ய வேண்டுமென்று கேட்டுக்கொள்கிறேன்.

கடைசியாக நண்பர்கள் சொன்னது போல், அர்பன் டெவலப்மென்ட்டைப் பற்றி ஒன்றிரண்டு வார்த்தைகள் சொல்ல விரும்புகிறேன். அர்பன் டெவலப்மெண்ட் சம்பந்தப்பட்டமட்டிலே, சிகாகோ என்ற ஊரிலே ரோடு மூன்று தட்டாக இருக்கிறது. அடியிலே ஒரு ரோடு. அந்த பூமிக்கு அடியிலே ஆழத்திலே போகிறது. கட்டிடங்களைச் சுற்றிக் கொண்டும் போகிறது. ஆற்றுக்குக் கீழேயும் போகிறது. நாம் பார்த்திருக்கலாம். அல்லது கேள்விப்பட்டிருக்கலாம். நியூயார்க்குக்கும் மன்ஹாட்டனுக்கும் இடையிலே ஆற்றுக்குக் கீழே ரயில், மோட்டார் எல்லாம் ஓடுகின்றது. அதே பிரகாரம் சிகாகோவிலும் மூன்று தட்டாக

1975 மார்ச் 27] [திரு. எஸ். டி. ஆதித்தன்]

இருக்கிறது. கீழ் தட்டிலே மோட்டார் கார் போகலாம். மைய தட்டிலே சாதாரண மோட்டார் கார் போகலாம். மேல் தட்டிலே இரும்புத் தூணை நிறுத்தி வைத்து ரயில் ஓடுகிறது. வீட்டின் மாடிக்கு நேரே கை நீட்டினுல்கூட, அடிபடும் போல இருக்கிறது.

நான், முன் நாளிலே பார்த்த ஞாபகம். ரொம்ப நாள் ஆகிவிட்டது. அங்கு உள்ள ரோடுகள் எல்லாம் நம்முடைய ரோடுகளைப் போலகூட அகலமாக இல்லை. ஒடுங்கின ரோடுகளாகத்தான் இருக்கின்றன. இந்த மாதிரி இங்கேயும் ரயில்கள் போகக்கூடிய ரோடுகள் வரலாம். அப்படி எல்லாம் பிளான் செய்துகொண்டிருப்பதும் சரியே. நம்முடைய அரசு ஏற்று எடுத்துக் கொண்டு வருகிற முயற்சி மிகவும் பாராட்டக்கூடியது என்று சொல்லி விடைபெற்றுக் கொள்கிறேன். வணக்கம்.

(பிற்பகல் 6-20)

திரு. செ. முத்துசாமி: மாண்புமிகு தலைவரவர்களே, மருத்துவ, மக்கள் நல்வாழ்வுத் துறை கொள்கைக் குறிப்பின் மீது நான் பேசுவதற்கு வாய்ப்பளித்தமைக்கு நன்றி தெரிவித்துக்கொள்ளுகின்றேன். இன்றைக்கு மருத்துவத் துறையிலே பல்வேறு முன்னேற்றங்கள் ஏற்பட்டிருக்கின்றன. பல்வேறு துறைகளுக்கு பல்கலைக் கழகங்கள் தனியாக அமைத்து அவற்றிலே ஆராய்ச்சியிலே முன்னேறுகிறார்கள். அதைப் போலவே மருத்துவத் துறையிலே தனி பல்கலைக் கழகம் ஒன்றை ஏற்படுத்தி இந்தத் துறையை முன்னேற்ற வேண்டுமென்று நான் கேட்டுக் கொள்ளுகின்றேன். இந்தக் கருத்தை நான் சொல்லும்பொழுது மருத்துவத் துறை மக்கள் நல்வாழ்வுத் துறை அமைச்சரவர்கள் இதற்கான நிதி எங்கே என்று சொல்லக்கூடும். இருந்தாலும் என்னுடைய கருத்தைச் சொல்ல வேண்டியது என் கடமை என்பதற்காக நான் இதைச் சொல்லுகின்றேன். அதற்கு அடுத்தபடியாக ஆசிரியர்களுக்கு, தனியார் உயர்நிலைப் பள்ளிகளிலே, தனியார் தொடக்கப் பள்ளிகளிலே இருக்கக் கூடியவர்களுக்கு எல்லாச் சலுகைகளும் வழங்கிவிட்டார்கள். அரசுத் துறையிலே இருப்பவர்களுக்கு உள்ளது போலவே எல்லாச் சலுகைகளையும் வழங்கி விட்டார்கள். ஆனால் இந்த "மெடிக்கல் ரிஇம்பர்ஸ்மண்ட்" அதாவது மருத்துவ மனைகளிலே சிகிச்சை பெறும்பொழுது, அந்த நோயாளிக்குத் தேவையான மருந்து அந்த மருத்துவமனையில் இல்லாவிட்டால், இல்லாத மருந்தை வெளியிலே கடையிலே வாங்கும்போது, அந்தக் காசைத் திரும்பப் பெறுவதற்கான சலுகை இன்னும் வழங்கப் படாமல் இருக்கின்றது. எல்லாச் சலுகைகளையும் இந்த ஆசிரியர் சமுதாயத்திற்கு வழங்கிவிட்ட இந்த அரசு இந்த ஒரே ஒரு சலுகையை மட்டும் இன்னும் வழங்காமலிருக்கிறது. இந்தச் சலுகையை அந்தச் சமுதாயத்திற்கு, உயர்நிலைப் பள்ளிகளிலே பணியாற்றும் ஆசிரியர்களுக்கும் தொடக்கப் பள்ளிகளிலே பணியாற்றும் ஆசிரியர்களுக்கும் வழங்க வேண்டும். கல்லூரிகளிலே இருக்கக்கூடிய ஆசிரியர்களுக்கும் இல்லை. ஒரு காலத்தில் கல்லூரியிலே பணியாற்றிய பேராசிரியர் தான் இன்றைக்கு இந்தத் துறையிலே பணியாற்றுகிறார். அவருடைய காலத்திலே கூட இந்தக் குறை இன்னும் போக்கப்படாமல் இருக்கிறது என்பதை நினைவில் கொண்டு வந்து, அவர்கள் அதை அவர்கள் காலத்திலேயே தீர்த்து

வைத்ததாகப் பெருமை கொள்ள வேண்டும். அதற்கான நடவடிக்கைகளை எடுக்க வேண்டுமென்று நான் கேட்டுக்கொள்ளுகின்றேன். அவர்கள் பணியாற்றிய காலத்திலிருந்து இவைகள் எல்லாம் செய்யப்படாமல் இருக்கின்றன. அவர்கள் காலத்தில் இதையெல்லாம் செய்ய வேண்டும் என்று நான் மறுபடியும் கேட்டுக்கொள்ள விரும்புகிறேன்.

அடுத்தபடியாக, சேலத்திலே ஒரு மருத்துவக் கல்லூரி ஏற்படுத்த வேண்டுமென்று கேட்டுக்கொள்ள ஆசைப்படுகின்றேன். இதை நண்பர் திரு. சுவாமிநாதன் அவர்கள் கூட சொன்னார்கள். சேலத்திலே மருத்துவக் கல்லூரி ஏற்படுத்துவதற்கு மத்திய அரசு தயாராக இருக்கிறது. அதற்கான குறிப்புகள் எல்லாம் இருக்கின்றன என்பதைப் பற்றியெல்லாம் டி.டி.சி.யிலே சொன்னார்கள்.

மாண்புமிகு மேலவைத் தலைவர்: திரு. சுவாமிநாதன் அவர்கள் இங்கிலீஷிலே சொன்னர், எப்படித் தெரியும் உங்களுக்கு ?

திரு. செ. முத்துசாமி: மாண்புமிகு தலைவரவர்களே, ஆங்கிலப் பேச்சில் ஓரளவு தெரிந்துகொண்டதைத்தான் நான் குறிப்பிட்டேன். இங்கே மாண்புமிகு மேலவைத் தலைவரவர்கள் கூட அடிக்கடி ஆங்கிலத்தில் பேசுகிறார். நான் அவரையே கேட்டுக் கொள்கிறேன். இது தமிழ் நாட்டு அவை. அதனால் தமிழிலேயே பேச முயற்சி செய்யுமாறு நான் கேட்டுக்கொண்டது என்னுடைய வேண்டுகோள். "இல்லை, ஆங்கிலத்தில் தான் நாங்கள் பேசுவோம்" என்று சொன்னாலும் சொல்லலாம். தமிழிலே பேச வேண்டுமென்று நான் கேட்டதற்கே குறுக்கே குத்தலாக ஒரு கேள்வியை "சேர்மேனே" கேட்கிற மாதிரி இருக்கிறது. நான் தமிழ் நாட்டு சபையிலே தமிழிலே பேச வேண்டுமென்று வேண்டுகோள் விடுக்கிறேன். இதை ஏற்றுக்கொள்ளுங்கள் அல்லது ஏற்காமல் விட்டு விடுங்கள்.

மாண்புமிகு மேலவைத் தலைவர்: உறுப்பினரவர்கள் அதனை வலியுறுத்த முடியாது. ஏனென்று சொன்னால், அவை நடவடிக்கைகளை தமிழிலும் நடத்தலாம், ஆங்கிலத்திலும் நடத்தலாம். தமிழிலே தான் நடத்த வேண்டுமென்று அவைத் தலைவரை வற்புறுத்த முடியாது. (திரு. முத்துசாமி குறுக்கீடு). குறுக்கிடாதீர்கள். நான் சொல்லுவதைக் கேளுங்கள். சட்டமன்றமேலவை விதிகள் எப்படி இருக்கின்றனவோ அப்படித் தான் நடத்த வேண்டும். நீங்கள் மாண்புமிகு உறுப்பினர் திரு. ஆதித்தனை தமிழில் பேசச் சொல்லும்போது ஆங்கிலத்தில் பேசினால் புரியவில்லையென்று குறிப்பிட்டீர்கள். ஆனால் இப்போது கொஞ்சம் கொஞ்சம் தெரிந்தது என்கிறீர்கள். இதைத்தான் குறிப்பிட்டேனேயொழிய வேறொன்றுமில்லை. அதற்காக அவையை நடத்தக்கூடிய என்னுடைய உரிமையை நீங்கள் ஒன்றும் கட்டுப்படுத்த முடியாது.

திரு. செ. முத்துசாமி: தலைவரவர்களே, உங்களுடைய உரிமையை நான் கட்டுப்படுத்த விரும்பவில்லை.

1975 மார்ச் 27]

மாண்புமிகு மேலவைத் தலைவர் : தமிழ் நாட்டிலே ஆங்கிலத்தில் பேசக்கூடாதா ?

திரு. செ. முத்துசாமி : தலைவரவர்களே, என்னுடைய உரிமையைத் தான் நான் சொன்னேன் என்பதை மாண்புமிகு தலைவரவர்களுக்கு மிகவும் பணிவோடு தெரிவித்துக் கொள்ளுகின்றேன். தமிழ் நாட்டு அவையிலே தமிழிலே பேச வேண்டுமென்று கேட்பதற்கு எனக்கு உரிமை இருக்கிறது என்பதை நான் இந்த அவையிலே பணிவோடு தலைவரவர்களுக்குத் தெரிவித்துக்கொள்ளுகிறேன்.

மாண்புமிகு மேலவைத் தலைவர் : அதேமாதிரி தலைவரவர்கள் ஆங்கிலத்தில் பேசுவதைத் தடுப்பதற்கும் உரிமை இல்லை என்பதையும் அங்கத்தினர் தெரிந்துகொள்ள வேண்டும்.

திரு. செ. முத்துசாமி : தலைவரவர்களே, நான் தெரிந்துகொண்டு தான் வேண்டுகோள் விட்டேன். அடுத்து, சேலத்திலே ஒரு மருத்துவக் கல்லூரி ஏற்படுத்த வேண்டுமென்று நான் மக்கள் நல்வாழ்வுத்துறை அமைச்சரவர்களைக் கேட்டுக்கொள்ளுகிறேன். நீண்ட நெடுங்காலமாக ரெயில்வேயிலிருந்து கிடைக்கக்கூடிய அந்த செஸ் நிதி இதற்காக ஒதுக்கப் பட்டு வந்திருக்கிறது. ஆதலால் சேலத்தின் கோரிக்கை நீண்ட நெடுநாள் கோரிக்கையாகும். கோயம்புத்தூரை விட்டால், வேலூரை விட்டால், சென்னையிலே, தஞ்சையிலே, திருநெல்வேலியிலே இருக்கிறது. சேலம் பகுதிக்கு நீங்கள் கொஞ்சம் சலுகை வழங்கி சேலத்திலே ஒரு மருத்துவக் கல்லூரியை ஏற்படுத்துவதன் மூலம் ஒரு முன்னேற்றத்தைச் செய்ய வேண்டுமென்று நான் இந்த நேரத்திலே கேட்டுக்கொள்ள விரும்பு கிறேன்.

அதற்கு அடுத்தபடியாக கிராமத்திலே பணியாற்றக்கூடிய டாக்டர் களுக்கு மற்ற டாக்டர்களை விட சம்பளம் கூடுதலாகத் தர வேண்டும். ஊக்க ஊதியமாக அவர்களுக்கு ஏதாவது தந்தால் தான் அவர்கள் செல்வார்கள். ஆனால் இன்றைக்கு வேலையில்லாத டாக்டர்கள் 1,200 பேர் இருக்கிறார்கள் என்று பட்டியல் போட்டுச் சொல்லும்பொழுது அப் படிச் செல்லாமலிருக்கிறார்களா என்று பார்க்கும்போது, சற்று சிரமமாகத் தான் இருக்கிறது. டாக்டர்கள் வேலையில்லாமல் இருந்தாலும் பரவா யில்லை என்று கிராமத்திலுள்ள சில மருத்துவ மனைகளுக்குச் செல்லு வதற்குத் தயாராக இல்லாமல் இருக்கிறார்கள். கிராமத்திற்குச் செல் வதை ஊக்கப்படுத்துவதற்காக ஒரு திட்டத்தைக் கொண்டுவர வேண்டும்.

அடுத்து, வேலையில்லாமல் இருக்கக்கூடிய டாக்டர்கள் அத்தனை பேருக் கும் உடனடியாக வேலை தருவதற்குரிய முயற்சியில் ஈடுபட வேண்டு மென்று நான் என்னுடைய வேண்டுகோளாகத் தெரிவித்துக் கொள்ள விரும்புகிறேன். இன்றைக்கு ஹவுஸ் சர்ஜன்களாக இருக்கக் கூடியவர்கள் தாங்கள் பெறக் கூடிய படி போதாது, இன்றைக்கு இருக்கக் கூடிய வாழ்க்கைச் செலவுக்குத் தக்கபடி கூடுதலாக வேண்டும், அதை

உயர்த்தித் தர வேண்டுமென்று கோரிக்கை விடுத்தோ என்னவோ-காரணம் எனக்குச் சரியாகத் தெரியவில்லை-ஸ்ட்ரைக் செய்துகொண்டிருக்கிருர்கள். பல்வேறு ஸ்ட்ரைக்குகளை நல்லமுறையிலே முடிவிற்குக் கொண்டு வந்த நம்முடைய மருத்துவத் துறை அமைச்சரவர்கள் இதையும் நல்ல முடிவுக்குக் கொண்டுவர வேண்டும். இங்கே கொடுக்கக்கூடியவாறு நிதி நிலைமை இல்லாமல் இருந்தாலும் கூட, அவர்களுடைய வேண்டுகோளை ஏற்று, இந்த அரசால் இயன்றதைத் தந்து அவர்களுடைய வேலை நிறுத்தத்தை ஒரு முடிவுக்குக் கொண்டுவர வேண்டுமென்று நான் அமைச்சரவர்களைக் கேட்டுக்கொள்ளுகிறேன்.

அதற்கு அடுத்தாற்போல் நர்சுகளுக்கு நீண்ட காலமாக, இரண்டு ஆண்டு காலம் இரண்டரை ஆண்டு காலம் வேலையில்லாமல் இருந்த பிறகு தான், வேலை கொடுக்கப்பட்டிருக்கிறது. அவர்களுக்கும் உடனடியாக வேலை தருவதற்கான ஏற்பாடுகளைச் செய்ய வேண்டும்.

மாண்புமிகு திரு. க. அன்பழகன்: தலைவரவர்களே, இவர்கள் எல்லோருக்கும் நண்பர் திரு.முத்துசாமி அவர்கள் சொல்கிறதுபோல்ஊதியம் கொடுப்பதாக இருந்தால், கல்விக்காக ஒதுக்கியிருக்கிற மானியத்திலேயிருந்து ஒரு 5 கோடி ரூபாயை ஆசிரியர்களுக்குக் கொடுக்கிற சம்பளத்திலிருந்து நாவலர் அவர்கள் விட்டுத் தந்து, அதை திரு. முத்துசாமி அவர்கள் ஒத்துக்கொண்டால், நான் அத்தனையும் செய்யத் தயார்.

திரு. செ. முத்துசாமி: மாண்புமிகு தலைவரவர்களே, கல்விக்கு ஒதுக்கியது போதாது, இன்னும் கொஞ்சம் வேண்டுமென்று நாங்கள் கேட்டுக்கொண்டிருக்கிருேம். ஆகவே மக்கள் நல்வாழ்வு அமைச்சரவர்கள் நிதியைத் தேடட்டும். எனக்கு எந்தவிதமான ஆட்சேபணையும் இல்லை. ஆனல் கல்வியிலே இருக்கக்கூடிய நிதியை இதற்குத் திருப்பிவிட்டு இவர்கள் கோரிக்கையை நிறைவேற்ற வேண்டுமென்று முத்துசாமி சொல்ல வேண்டுமென்ருல், அது என்னல் முடியாது. அது சரியும் அல்ல. நான் பிரதிநிதித்துவம் செய்வது..............

மாண்புமிகு திரு. க. அன்பழகன்: தலைவரவர்களே, அவ்வளவு அக்கறையாக ஆசிரியர்களைக் காப்பாற்றும் அங்கத்தினர் அவர்கள், ஹவுஸ் சர்ஜன்கள் விஷயத்திலே தலையிடாமல் இருக்கலாம் அல்லவா? இவ்வளவு பேர் பேசினர்கள். யாராவது அந்த ஸ்டிரைக்கைப் பற்றிப் பேசினர்களா? ஏனென்ருல் அது அவ்வளவு கட்டாயமாக செய்யப்பட வேண்டிய ஸ்டிரைக் அல்ல. மாணவர்களாக இருக்கிறபோது இப்பொழுது மாதமொன்றுக்கு 275 ரூபாய் வீதம் அந்த மாணவப் பருவம் முடிகிற வரை ஓராண்டு காலத்துக்குத் தரப்படுகிறது. ஸ்டிரைக் என்ருலே ஆதரிக்க வேண்டுமென்ற எண்ணத்திலே அங்கத்தினரவர்கள் பேசுகிருர்கள். மேலும் விவரம் தெரியாது என்று சொல்லிவிட்டு அவருடைய வேண்டுகோளை எப்படியாவது ஒத்துக்கொள்ளுங்கள் என்றும் சொல்லுகிருர்கள். பணம் இல்லை. நிதி என்ற பிரச்சினை அவ்வளவு எளிதாகத் தீர்க்கக்கூடிய பிரச்சினை அல்ல. நிதி இருக்குமானல், இன்னும் எவ்வளவோ வேண்டுமானலும் தரலாம். ஆகவே திரு. முத்துசாமி இவ்வாறு

பேசுவது, வெளியிலே மாணவர்களுக்கு எப்படித் தோன்றும்? திரு. முத்துசாமி ஒருவர் தான் தமக்குப் பாதுகாவலர், அமைச்சர் அவர்களிடம் நாங்கள் எவ்வளவு தான் பேசினுல் கூட அவர்களுக்கு அந்த ஊதிய உயர்வைத் தருவதிலே ஏனே அக்கறையில்லை என்பதுபோல் எண்ணிவிடக் கூடும். அரசிடம், நிதி இருக்குமானுல் அவர்களுக்கு தாராள மாகக் கொடுத்து விடலாம். ஆகவே அதைத் தவிர உறுப்பினரவர்கள் பொதுவாகப் பேசுவார்களேயானுல், அது எனக்கு உதவிகரமாக இருக்கும்.

திரு. செ. முத்துசாமி: மாண்புமிகு தலைவரவர்களே, இன்றைக்கு நாட்டிலே நடந்துகொண்டிருப்பதைப் பத்திரிகையிலே படிக்கிறேன். படித்ததை அமைச்சரவர்களிடத்திலே சொல்லி அவர்களுடைய கவனத் திற்குக் கொண்டுவந்து, அதைத் தீர்ப்பதற்கான முயற்சியைச் செய்யுங்கள் என்று சொல்கிறேன். மற்ற உறுப்பினர்கள் சொல்லாமல் நான் சொல்லி ஏதோ புதிதாக அவர்களிடத்திலே ஆதரவு தேடுவதிலே எனக்கு எந்த விதமான இலாபமும் இல்லை. ஏனென்றால் நான் மறுபடியும் ஆசிரியர் கள் தொகுதியிலே நிற்க வேண்டியவனே தவிர, அவர்களிடத்திலே சென்று ஓட்டுப் பெற வேண்டியவனல்ல. இன்றைக்கு நாட்டிலே இருக்கக் கூடிய நிலைமையிலே அவர்களுடைய வேலை நிறுத்தத்தை நீடிக்க விட்டுவிட வேண்டாமென்று நான் வேண்டுகோள் விடுத்திருக்கிறேன்.

மாண்புமிகு திரு. க. அன்பழகன்: தலைவரவர்களே, உறுப்பின ரவர்கள் அந்த வேண்டுகோளை அவர்களுக்கு விடலாமல்லவா? அந்த மாணவர்கள் இதைப்பற்றி அதிகமாகப் பேசாமலேயே திடீரென்று ஒரு நாள் அடையாள வேலை நிறுத்தம் செய்தார்கள். மறுபடியும் நாங்கள் பேச ஆரம்பிப்பதற்கு முன்னுல் தொடர்ந்து வேலை நிறுத்தத்தை நடத்திக் கொண்டிருக்கிறுர்கள். வேலை நிறுத்தத்தைக் கைவிட்டு விடலாம் எனவும் அவர்களுடைய பயிற்சி கெட்டுப் போகாதபடி, படிப்பு கெட்டுப்போகாத வகையிலே, அரசாங்கத்தால் எந்தெந்த வகைகளில் உதவ முடியுமோ அந்தந்த வகையிலே உதவியைப் பெற்றுக்கொள்ள அனுவசியமான வேலை நிறுத்தம் தேவையில்லையென்று உறுப்பினர் அவர்கள் சொல்லுவார் களா?

திரு. செ. முத்துசாமி: மாண்புமிகு தலைவரவர்களே, வேண்டுகோள் விடுப்பதற்கு வாய்ப்பு இங்கே எனக்கிருக்கிறது. அமைச்சரவர்களுக்கு நான் வேண்டுகோள் விடுக்கிறேன். அமைச்சர் அவர்களிடத்திலே எல்லா சக்தி களும் இருக்கின்றன. அவர்களுக்கு நான் வேண்டுகோள் விடுவதை விட அமைச்சர் அவர்களே விட்டால் பிரச்சினை விரைவாகத் தீரும் என்பதற் காகத்தான் நான் அமைச்சர் அவர்களை வேண்டுகிறேன்.

மாண்புமிகு திரு. க. அன்பழகன்: தலைவரவர்களே, நான் ஏற் கெனவே வேண்டுகோள் விட்டிருக்கிறேன். அதற்கு திரு. முத்துசாமி துணை வருவாரா என்று கேட்கிறேன்.

திரு. செ. முத்துசாமி: மாண்புமிகு தலைவரவர்களே, எந்த நல்ல காரியத்துக்கும் முத்துசாமி துணையாக இருப்பேன் என்பதை நான் தெரிவித்துக்கொண்டு இந்தப் பிரச்சினையிலே உடனடியாக தீர்வு காண்பதற்கான முயற்சியிலே ஈடுபட வேண்டுமென்றும், வேலையில்லாத நர்சுகளுக்கு உடனடியாக வேலை கொடுப்பதற்கான முயற்சிகளிலே ஈடுபட வேண்டுமென்றும், டாக்டர்களுக்கு வேலை தருவதிலே விரைவாக நடவடிக்கை எடுப்பதற்காக மருத்துவ மனைகளை விரிவுபடுத்த வேண்டுமென்றும் தெரிவித்துக்கொண்டு, இதிலே பேச வாய்ப்பு நல்கியமைக்கு மாண்புமிகு தலைவரவர்களுக்கு நன்றி கூறி, விடை பெறுகிறேன்.

* திரு. கே. ராஜாராம்: மாண்புமிகு தலைவரவர்களே, முதலில் பேசிய அங்கத்தினர்கள் பலரும் நமது "பிஸினஸ் அட்வைசரி கமிட்டியில்" மருத்துவம் மற்றும் மக்கள் நல்வாழ்வுத் துறை குறித்த குறிப்புகளுக்காக ஒரு நாள் ஒதுக்கியது தவறு, நேரம் போதாது என்று கடந்த இரண்டு மணி நேரமாகக் கூறினார்கள். அவர்களுக்கெல்லாம் நான் பதில் சொல்ல வேண்டிய கட்டத்தில் இருந்துகொண்டிருக்கின்றேன். முதலில் கல்விக்காக இரண்டு நாள் ஒதுக்கினோம். பொது சுகாதாரத்துக்கு இரண்டு நாள் ஒதுக்காதது இப்பொழுது தான் தவறு என்பதாகக் கருதுகிறேன். பல நண்பர்கள் என்னிடம் கோபித்துக் கொண்டு போய் விட்டார்கள், எங்களுக்கெல்லாம் பேசுவதற்கு முடியவில்லையே என்று. அவர்களுக்கெல்லாம் நான் சொல்லியிருக்கிறேன் "அப்ராபிரியேஷன் பில்" வரும்போது பேசலாமென்று. பல பேர் பேசுவதற்கு வாய்ப்பில்லாமல் போய்விட்டதே என்று கோபமாகப் போய்விட்டார்கள்.

(பிற்பகல் 6-30)

இந்த வருஷத்தின் அனுபவத்தை வைத்துக் கொண்டு அடுத்த வருஷம் இது இரண்டு நாள் ஒதுக்க முற்படுவோம்.

மாண்புமிகு மேலவைத் தலைவர்: முன்னாலே ஒரு 6 உறுப்பினர்கள் பெயர் கொடுக்கிறார்கள். தொடங்கப் பேச ஆரம்பித்ததற்குப் பின்னாலே மேலும் ஒரு 4, 5 உறுப்பினர்கள் பெயர் கொடுக்கிறார்கள். நாம் என்ன செய்கிறோம்? 6, 7 பேர் தான் இருக்கிறார்கள் என்று ஒரு நேரத்தைக் கொடுத்து நடத்துகிறோம். பின்னாலே ஒரு 4 பேர் அதிகமாகச் சேருகிறபோது, சீக்கிரம் முடிக்க வேண்டியிருக்கிறது. இது சீக்கிரம் பேசிவிட்டுப் போகிறவர்களுக்கெல்லாம் இடைஞ்சலாகத்தான் இருக்கிறது. இதை நாம் உணருகிறோம். இரண்டு நாள் கொடுத்தால் தேவலை என்றுதான் நாம் நினைத்தோம். அப்புறம் ஒரு நாள் போதுமென்று சொன்னார்கள்.

திரு. எஸ். டி. ஆதித்தன்: நான் டில்லி சட்டசபையில் இருந்த போது அங்கு ஒரு வழக்கம் இருந்தது. கட்சி வாரியாக, காங்கிரசுக்கு இவ்வளவு நேரம், இன்ன கட்சிக்கு இவ்வளவு நேரம் என்று முன்னதாகவே பகிர்ந்துகொள்வார்கள். எங்கள் கட்சிக்கு 75 நிமிடம், இன்னொரு கட்சிக்கு 150 நிமிடம், இன்னொரு கட்சிக்கு 100 நிமிடம்

என்று பிரித்து விடுவார்கள். அந்தந்த "விப்" அந்தக் குறிப்பிட்ட நேரத்திலே பேசுவதற்கு ஏற்பாடு பண்ணுவார்கள். தன்னுடைய கட்சியிலே ஒருவரை 20 நிமிஷம் பேசவிட்டு, இன்னொருவரை 5 நிமிஷமும் பேசவிடுவது அவருடைய வழக்கம்.

திரு கே. ராஜாராம்: அந்த சிரமம் ஒன்றும் வராது. We will manage it. இது ஒரு "பாபுலர்" டிபார்ட்மெண்ட்டாக இருப்பதால் எல்லோரும் இதிலே பங்கு கொள்ள வேண்டுமென்று விரும்புகிறார்கள். ஆளும் கட்சிக்காரர்களிலே பலபேர் பேச முடியவில்லை. எதிர் கட்சிக்காரர்களிலாவது இரண்டு மூன்று பேர் பேசிவிட்டோம். ஆளும் கட்சியில் ஒருவர்தான் பேசியிருக்கிறார். இதையெல்லாம் தெரிந்து கொள்ள வேண்டும். பேசவேண்டும் என்று விரும்பிய எத்தனையோ பேரையெல்லாம் நேரம் இல்லையென்று "கொரடா" அவர்கள் எப்படியோ சமாளித்து விட்டார்கள்.

முதல் ஐந்தாண்டுத் திட்டத்தில் 6 கோடியே 42 லட்சம்தான் செலவழிக்கப்பட்டிருக்கிறது. திட்டபூர்வமாக இரண்டாவது ஐந்தாண்டுத் திட்டத்தில் ரூ. 14 கோடியே 35 லட்சம் ஒதுக்கினார்கள். ரூ. 14 கோடியே 45 லட்சம் செலவழிக்கப்பட்டிருக்கிறது. மூன்றாவது ஐந்தாண்டுத் திட்டத்தில் ரூ. 21½ கோடி ஒதுக்கினார்கள். ரூ. 26 கோடி செலவழிக்கப்பட்டிருக்கிறது. நான்காவது ஐந்தாண்டுத் திட்டத்தில் ரூ. 16 கோடி ஒதுக்கப்பட்டு ரூ. 15 கோடியே 33 லட்சம்தான் செலவாகியிருக்கிறது. வரப்போகிற, அதாவது, நடைமுறையில் இருக்கிற ஐந்தாவது திட்டத்தில் நமது நல்வாழ்வுத் துறைக்கு ரூ. 50 கோடி தோராயமாக ஒதுக்கியிருக்கிறார்கள். திட்டம் வகுத்திருக்கிறார்கள். ஆனால் எவ்வளவு பணம் கிடைக்கும், எவ்வளவு செலவு செய்வார்கள் என்பதை யாராலும் சொல்ல முடியாது. நமது தமிழ்நாடு மட்டுமல்ல, எந்த மாநில அரசும் சொல்ல முடியாத ஒரு நிலைமை இப்போது இந்தியாவில் இருந்து கொண்டிருக்கிறது. ஏனென்றால் திட்டமே வகுத்து முடியவில்லை. ஒவ்வொரு வருஷமும் அந்தந்த வருஷத்திற்கான வரவு எவ்வளவு, செலவு எவ்வளவு என்று பார்த்து, அதற்குத் தகுந்தபடி திட்டத்தை வகுத்துக்கொள்கிறார்கள். அடுத்த வருஷமும் இந்த ஐந்தாண்டுத் திட்டத்தில் எவ்வளவு செலவழிக்க முடியும் என்பதை இந்த வருஷத்தில் சொல்ல முடியாது. அப்பேர்ப்பட்ட நிலைமையில் நம்முடைய தேவைகள் எவ்வளவு என்று வகுத்து அமைச்சரவர்கள் தன்னுடைய பாலிசி நோட்டில் ரூ. 50 கோடி குறைந்த பட்சம் தேவை இருக்குமென்று சொல்லியிருக்கிறார். ரூ. 50 கோடி போதாது. ஏனென்றால் முன்னே இருந்த நிலைமையையும் நாம் இப்போது செய்து வருகிற செலவினங்களையும் பார்க்கும்போது ரூ. 50 கோடி என்பது போதாது. மேலும் அதிகமாகச் செலவழிக்க வேண்டியிருக்கும். அடுத்தபடியாக, கல்வித்துறையில், மற்ற கல்லூரிகளைக் காட்டிலும் மருத்துவக் கல்லூரி மாணவர்களை நான் பாராட்டக் கடமைப்பட்டிருக்கிறேன். ஏனெனில் மற்ற கலைக் கல்லூரிகளில் நடக்கும் "ஸ்ட்ரைக்குகள்" மாதிரி அடிக்கடி மருத்துவக் கல்லூரிகளில் நடக்காமல் கூடுமானவரையில் நல்ல முறையில் அதை நிர்வகிப்பவர்களும், நிர்வாகிகளும் அதாவது மருத்துவக்

கல்லூரிகளை நடத்துபவர்களும் மாணவர்களும் பொறுப்பு உணர்ச்சியோடு நடந்து கொண்டிருக்கிறார்கள்; ஏதோ இரண்டொரு முறை நடந்ததே தவிர, கூடியவரையில் "ஸ்ட்ரைக்" இல்லாமல் நடந்து நல்ல முறையில் மாநிலத்தின் பெயரைக் காப்பாற்றி வருகிறார்கள். போன வருஷத்திலும் இதைத்தான் நான் சொன்னேன். அது மாணவர்களால் நன்றாகப் பாராட்டப் பட்டது. இப்போதும் நான் அவர்களைப் பாராட்டக் கடமைப் பட்டிருக்கிறேன். மாணவர்கள் நல்ல முறையில் தங்களுடைய படிப்பில் கவனத்தைச் செலுத்தி "ஸ்ட்ரைக்குகள்" கூடுமானவரையில் இல்லாமல் கொண்டுவருவது பற்றி நான் மிகவும் மகிழ்ச்சி அடைகிறேன். கல்லூரிகளை நிர்வகிக்கும் "பிரின்ஸ்பால்களும்" "டீன்களும்" நல்ல முறையில் நடத்துவதால்தான் இம்மாதிரி "ஸ்ட்ரைக்" இல்லாமல் நடைபெற்று வருகிறது. பதிலுக்கு டாக்டர்கள் "ஸ்ட்ரைக்" செய்ய ஆரம்பித்துவிடுகிறார்கள். அல்லது கடைசியில் "ஹவுஸ் சர்ஜன்கள்" ஸ்ட்ரைக் செய்ய ஆரம்பித்து விடுகிறார்கள். இது நல்வாழ்வுத்துறை. மற்றவர்களுக்கு வழி காட்டியாக இருக்க வேண்டும். கூடுமானவரையில் "ஸ்ட்ரைக்" இல்லாமல் நடைபெற வேண்டுமென்று நான் கேட்டுக் கொள்கிறேன். ஏனென்றால் வைத்தியம் நடக்கும் இடங்களில், ஆஸ்பத்திரிகளில் ஸ்ட்ரைக் நடந்தால், அது எவ்வளவு பெரிய ஆபத்துகளை உண்டு பண்ணுகிறது என்பதைப் பார்த்துக் கொண்டிருக்கிறோம். முந்தாநாள் என்று நினைக்கிறேன். மதுரையிலே ஒரு நோயாளிக்கு "பெனிசிலின்" ஊசி போட்டிருக்கிறார்கள். "பெனிசிலின்" ஊசி போட்டவுடன் அதனுடைய "ரிஆக்ஷன்" ஏற்பட்டு, உயிர் போகக் கூடிய ஒரு நிலைமை இருந்திருக்கிறது. டாக்டர்கள் இல்லை. உடனே அந்த "ஸ்ட்ரைக்கில்" இருந்த மாணவர், "ஹவுஸ் சர்ஜனாக" இருந்த ஒருவர், ஸ்ட்ரைக் பண்ணிக்கொண்டிருந்தவர் தற்செயலாக அங்கு ஓடி வந்து அவரே அதற்கு மாற்று மருந்து ஊசியைப் போட்டு உயிர் போய்க்கொண்டிருந்த ஒரு நோயாளியைக் காப்பாற்றியதாக இன்று காலை பத்திரிகையில் படித்தேன். பழைய செய்தி அல்ல. ரொம்ப சுடச் சுட வந்த செய்தி. இன்று காலை ஹிந்து பத்திரிகையில் பார்த்தேன். எனக்கு மிகவும் மகிழ்ச்சியைக் கொடுத்தது. அவர்கள் எவ்வளவு தான் ஸ்ட்ரைக் பணணினாலும் கூட நேரத்தில் அதை மறந்து விட்டு இம்மாதிரி தன் தொழிலில் ஈடு பட்டதற்காக அந்தக் குறிப்பிட்ட மாணவரை, வைத்தியக் கல்லூரி மாணவரை, நாம் பாராட்டக் கடமைப்பட்டிருக்கிறோம்.

மொத்தத்தில் 8 மருத்துவக் கல்லூரிகளிலே, செங்கற்பட்டு, திருநெல்வேலி மருத்துவக் கல்லூரிகள் இன்னும் இந்திய மருத்துவ மன்றத்தால் அங்கீகரிக்கப்படாமல் இருப்பதற்குக் காரணம் போதிய வசதிகள், அவசியமாக இருக்க வேண்டிய வசதிகள், இல்லாமல் இருப்பதுதான். அதனால் தான் அந்த இரண்டு கல்லூரிகளும் இன்னும் அங்கீகரிக்கப்படாமல் இருக்கின்றன. ஆகையினால் அதற்கு வேண்டிய முயற்சியை, ஏற்பாடுகளை முதலில் செய்ய வேண்டுமென்று அரசாங்கத்தை நான் கேட்டுக் கொள்கிறேன்.

அதிக நேரம் நான் பேச விரும்பவில்லை. குறிப்பாக சில விஷயங்களை மட்டும் சொல்லி முடித்துவிடுகிறேன். "ஆபரேஷன் தியேட்டர்கள்" அடிக்கடி மூடப்பட்டு விடுகின்றன. அது ரொம்பக் கொடுமையானது.

"டெடனஸ்" ஏற்படுகிறது, ஆகையினால்தான் அதை மூடிவிடுகிறார்கள் என்று சொன்னால் அது நம்முடைய "எபிஷியன்சி"க்கு எடுத்துக் காட்டாக அமையாது. பாதிக்கக் கூடிய விஷயம். பொதுவாக இந்தியாவிலேயே நல்ல பெயர் பெற்ற டாக்டர்களைக் கொண்டிருக்கக் கூடிய நகரம் சென்னை நகரம். இது மாதிரி "ஆபரேஷன் தியேட்டர்களை" மூடும்படியான ஒரு நிலைமைக்குக் கொண்டுபோய் விடுவதைப் பார்த்தால் அதைச் சரியானபடி கவனிக்காமல் விட்டு விட்டார்கள் என்று டாக்டர்களை நாம் குறை சொல்ல வேண்டியிருக்கிறதே தவிர, வேறு ஒன்றுமில்லை. இதை அவர்கள் சரியானபடி கவனிக்க வேண்டுமென்று அவர்களுக்கு வேண்டுகோள்தான் விடுக்க முடியும். இம்மாதிரியான நிலைமை வராதென்று நான் கேட்டுக்கொள்கிறேன்.

திரு ஓய். வெங்கடேஸ்வர தீக்ஷிதர்: திருச்சியிலே மாதக்கணக்கில் மூடப்பட்டிருக்கிறது.

திரு கே. ராஜாராம்: அடுத்தபடியாக, பெரிய நகரங்கள் மதுரை, கோவை, திருச்சி, சேலம், சென்னை போன்ற பெரிய நகரங்களில் இருக்கும் ஆஸ்பத்திரிகளில் நோயாளிகளைப் படுக்க வைக்க இடம் இல்லாத அளவுக்கு பெரும் கூட்டம். யாராவது அமைச்சர்கள், உத்தியோகஸ்தர்கள் வருகிறார்கள் என்றால், எப்படியோ வெளியே வைத்து விட்டு இட வசதி இருப்பது போல காண்பிக்கிறார்களே ஒழிய, சாதாரண நாட்களில் எங்களைப் போன்றவர்கள் பார்க்கும்போது மிதித்துத் தாண்டிக் கொண்டுதான் போக வேண்டியிருக்கிறது. அதற்கு ஏதாவது நாம் வழி செய்ய வேண்டும். பெரிய கட்டடங்கள் கட்டித்தான் அவர்களை வைக்க வேண்டுமென்று இல்லாமல், தற்காலிகமாக "ஷெட்டு"களாவது போட்டு அவர்களுக்கு ஏதாவது ஏற்பாடு பண்ண இயலுமா என்று அமைச்சரவர்கள் யோசிக்க வேண்டும். பெரிய ஆஸ்பத்திரிகள் இருக்கும் பெரிய நகரங்களைச் சுற்றிலும் இருக்கக் கூடிய தாலுகா தலைநகர ஆஸ்பத்திரிகளில் எல்லா வசதிகளையும் நாம் செய்து கொடுத்து விட்டோமானால், ஜில்லா ஹெட்குவார்ட்டர்ஸ் ஆஸ்பத்திரிக்கும் சென்னையில் இருக்கும் ஜெனரல் ஆஸ்பத்திரி, ஸ்டான்லி ஹாஸ்பிடல், கீழ்ப்பாக்கம் ஹாஸ்பிடல், ராயப்பேட்டை ஹாஸ்பிடல் போன்றவற்றிற்கெல்லாம் அவ்வளவு அதிகமான கூட்டம் வராமல் தடுக்க இயலலாம். எக்ஸ்ரே மட்டும் போதாது. மற்ற எல்லா வசதிகளையும் அந்தத் தாலுகா, தலைநகர ஆஸ்பத்திரிகளுக்கும் பெரிய நகரைச் சுற்றியுள்ள ஆஸ்பத்திரிக்கும் செய்து கொடுக்க எவ்வளவு செலவாகும் என்பதைப் பார்த்து, அதற்கு ஒரு திட்டம் தீட்டி ஏற்பாடு செய்வது நலம் என்று தெரிவித்துக் கொள்கிறேன்.

(பிற்பகல் 6-40)

பொதுவாக இந்த அறிக்கையில் என் மனத்தை மிகவும் நோக வைத்த விஷயம், பள்ளிக்கூடம் செல்லும் சிறு பிள்ளைகளிடையிலே 1974-75ம் ஆண்டு சுமார் எட்டு லட்சம் குழந்தைகளைப் பரிசோதனை செய்தார்கள் என்றும் அதிலே 7,056 குழந்தைகளுக்குத் தொழுநோய்

இருப்பதற்கான அறிகுறிகள் இருந்ததாகவும் சொல்லப்பட்டிருப்பதுதான். மூன்று வரிகளில் தான் இது எழுதப்பட்டிருக்கின்றது. ஆனால் இது இன்னும் நாம் நம்முடைய மக்களை எவ்வளவு தூரம் ஆபத்தான நிலைமையில் வைத்திருக்கின்றோம் என்பதைத்தான் காட்டுகின்றது. சிறு பிள்ளைகள் விஷயத்தில் தொழு நோய் மிகச் சுலபமாகத் தொற்றிக் கொண்டு விடுகின்றது. நம்பிக்கையுடன் நமது வீட்டிலுள்ள குழந்தைகளைப் பள்ளிக்கூடங்களுக்கு அனுப்புகிறோம். ஆனால் ஸர்வேயில் இப்படி 7,056 பிள்ளைகளுக்குத் தொழுநோய் இருப்பதாகச் சொல்லப்படுவது, கிட்டத்தட்ட ஒரு சதவிகிதம் குழந்தைகளுக்கு இருப்பதானது மிகமிக ஆபத்தானதாகும். ஒரு சதவிகிதம் என்பது மிகப் பயங்கரமான தொகை. இதை லேசாக ஒதுக்கிவிட முடியாது. எப்படியாவது இந்தப் பிள்ளைகளுக்கு வேண்டிய சிகிச்சையைக் கொடுத்து, மேலும் குழந்தைகளுக்கு வராமல் பார்த்துக்கொள்ள வேண்டும்.

அடுத்து தொடக்க நல்வாழ்வு நிலையங்கள்—பிரைமரி ஹெல்த் ஸெண்டர்ஸ்-ல் போதிய மருந்துகள் இல்லை என்ற புகார் இருக்கின்றது. இதை நான் சொல்லித் தெரிந்து கொள்ள வேண்டியதில்லை. அமைச்சர் அவர்களுடைய பாலிஸி நோட்டிலே இது பற்றிக் குறிப்பிட்டிருக்கின்றார்கள். "போதிய மருந்துகள் இல்லை, இதற்காக நடப்பு நிதி ஆண்டில் அதிகமாகக் கொடுப்பதற்கு ஏற்பாடு செய்திருக்கிறோம்" என்று சொல்லியிருக்கின்றார்கள். இதிலே முக்கியமாக மனிதனுடைய மனச்சாட்சிக்கும் ஒரு வேண்டுகோள் விடுக்கக் கடமைப்பட்டிருக்கிறேன். மருந்துகள் திருடு போகாமல் பார்த்துக் கொள்ள வேண்டியிருக்கிறது. மருத்துவ மனைகளிலே பெருமளவிற்கு இப்படித் திருட்டு நடப்பது என்று சொல்லுவது வேலியே பயிரை மேய்வது போலாகும். இதற்கு இடம் கொடுக்காமல் பார்த்துக்கொள்ள வேண்டும். யாராவது இதிலே பிடிக்கப்பட்டால் அவர்களுக்குக் கடுமையான தண்டனை கொடுத்து, இப்படித் திருடு போகாமல் பார்த்துக்கொள்ளுவது முக்கியமான கடமையாகும்.

அடுத்து, நமது நாட்டிலே மலேரியா என்பது அடியோடு ஒழிக்கப்பட்டு விட்ட ஒன்றாக இருந்தது. ஆறு ஏழு ஆண்டுகளுக்கு முன்னால் அந்த நிலையை அடைந்துவிட்டோம். ஆனாலும் இப்போது இங்கும் அங்குமாக மலேரியா ஜுரம் தலைதூக்குகிறதாகத் தெரிகிறது. இதை ஒழிக்க ஏற்பாடு செய்ய வேண்டும்.

அடுத்தபடி, நரம்புச்சிலந்தி நோயால் பாதிக்கப்பட்டுள்ள கிராமங்கள் பல இருக்கின்றன. காரணம் அந்தக் கிராம மக்கள் அங்கு தேங்கி நிற்கும் ஊருணித் தண்ணீரை உபயோகப்படுத்துவதுதான். கிணற்றுத் தண்ணீரை உபயோகித்தால் இது வருவதில்லை. ஆனால் தேங்கி இருக்கும் குளத்துத் தண்ணீரை உபயோகிக்கும் கிராமங்களிலே இது வருகிறது. மதுரை மாவட்டம் திருமங்கலம் பகுதி கள்ளிக்குடி கிராமத்தில் மேலும் அதைச் சுற்றியுள்ள மூன்று நான்கு கிராமங்களிலே இந்த நரம்புச் சிலந்தி நோயால் மக்கள் தொல்லைப் பட்டுக் கொண்டிருந்தார்கள். ஆனால் இப்போது நான்கைந்து வருஷமாக

அங்கிருந்த குளத்தில் மருந்தைக் கலப்பதனாலும், தண்ணீரைக் காய்ச்சிக் குடிப்பதாலும் அந்தத் தொல்லை இல்லை என்று சொல்லலாம். ஓரள விற்குக் கட்டுப் படுத்தப்பட்டிருக்கின்றது. இப்போது பல கிராமங்களுக்கு குடிநீர் வசதி செய்து கொடுக்கத் திட்டமிட்டிருக்கும் நேரத்திலே, இப்படி நரம்புச் சிலந்தியால் பாதிக்கப்பட்டுள்ள கிராமங்களுக்கு முதலிடம் கொடுக்கப்பட வேண்டும் என்று கேட்டுக் கொள்ளுகிறேன்.

இன்னும் ஒன்றைச் சொல்லிக்கொண்டு முடித்துக் கொள்ளுகிறேன். தமிழ் நாட்டில் 58,595 கிராமங்கள், சிற்றூர்கள் இருக்கின்றன. அவற் றிலே கிட்டத்தட்ட 2·56 கோடி மக்கள் வாழ்கின்றார்கள். இவற்றிலே "0·38 கோடி மக்கள் வாழும் 4,916 கிராமங்கள்," சிற்றூர்கள் ஆகியவற்றில் நல்ல குடிநீர் வசதிகள் இல்லை என்று அரசே சொல்லும்படியான ஒரு நிலைமை இன்னும் 1975-ல் இருக்கின்றது என்று சொன்னால், நாம் எல்லோரும் வெட்கித் தலை குனிய வேண்டிய நிலைமையில் இருக்கிறோம் என்றுதான் சொல்ல வேண்டும்.

1968-ம் ஆண்டு என்று நினைக்கிறேன், "குடி நீர் வசதி இல்லாத கிராமமே இல்லை தமிழ் நாட்டில் என்று சொல்லத்தக்க அளவிற்கு எல்லா கிராமங்களுக்கும் குடி நீர் வசதி செய்து தரப்பட வேண்டும்" என்று அண்ணா அவர்கள் பட்ஜெட் கூட்டத் தொடரில் பேசியிருக்கி றார்கள். ஆனால் இன்னும் 4,916 கிராமங்களிலும் சிற்றூர்களிலும் குடிநீர் வசதிகள் இல்லை. 2,230 கிராமங்களிலும் சிற்றூர்களிலும் நரம்புச் சிலந்தி இருக்கிறது என்று சொல்லத்தக்க அளவிற்கு நிலைமை நீடித்தால், நாம் இதிலே போதிய கவனம் செலுத்தவில்லை என்றுதான் சொல்ல வேண்டும். எனவே இந்தக் கிராமங்களில் பாதுகாக்கப்பட்ட குடிநீர் வசதிகளை உடனடியாகச் செய்து கொடுக்க வேண்டும் என்று கேட்டுக்கொள்ளுகிறேன்.

பொதுவாக மருத்துவத் துறையில் நமது மாநிலத்தின் முன்னேற்றம் பற்றி யாரும் குறைத்துக்கூற முடியாது. எனக்கு முன்பு பேசிய அன்பர் கள் சொன்னதைப் போல், இதய நோய் சிகிச்சை, சிறு குழந்தை களுக்குச் சிகிச்சை இந்த இரண்டு வகையிலும் மற்ற மாநிலத்தவர்கள் இங்கே வந்து பார்த்துவிட்டுப் போகக்கூடிய வகையில் நவீன இயந்திரங் களையும் சாதனங்களையும் வைத்துக்கொண்டு நல்ல முறையில் வெற்றி கண்டிருக்கின்றார்கள் என்றால், அது பெருமைப்படக்கூடியது, பாராட்டக் கூடியதாகும். பெரியம்மை தடுப்பிலும் நாம் ஓரளவிற்கு வெற்றி கண்டிருக்கிறோம் இந்த மாநிலத்தில், என்று பெருமையாகச் சொல்லிக் கொள்ள முடியும். மேலும் இங்கேயிருந்து பிற மாநிலங்களுக்கு குறிப்பாக பீகார், உத்திரப் பிரதேசம் போன்ற மாநிலங்களுக்கு நமது டாக்டர்கள் அங்கே பெரியம்மை நோய் ஒழிப்பிற்காக அனுப்பப்பட்டிருக்கிறார்கள் என்று பார்க்கும்போது பெருமைப்படுகிறோம். அந்த அளவிற்கு நமது சுகாதார இலாகா திறமையாகச் செயல்படுகின்றது என்பதைப் பாராட்டக் கடமைப்பட்டிருக்கின்றேன். மேலும் நான் சொல்லிய குறைகளையெல்லாம் அமைச்சர் அவர்கள் மனதில் வைத்து, சீக்கிரம் அவற்றைத் தடுப்பதற்கு அல்லது தீர்ப்பதற்கு என்னென்ன செய்ய வேண்டுமோ அவற்றையெல்லாம் செய்ய வேண்டும் என்று கேட்டுக்கொண்டு முடித்துக்கொள்ளுகிறேன். வணக்கம்.

மாண்புமிகு மேலவைத் தலைவர்: அமைச்சர் அவர்களுடைய உரை முடியும் வரையில் அவையின் காலம் நீட்டிக்கப்படுகிறது.

* மாண்புமிகு திரு. க. அன்பழகன்: மாண்புமிகு தலைவரவர்களே, இந்தக் கொள்கைக் குறிப்பின்மீது நடைபெற்ற விவாதத்திலே கலந்து கொண்டு எதிர்க் கட்சித் தலைவரவர்களும் பல்வேறு மதிப்பிற்குரிய உறுப்பினர்களும் இந்தத் துறை நடைபெற்று வருகிற முறையைச் சில காரணங்களுக்காகப் பாராட்டியும், சில வகைகளிலே சீர்திருத்தம் தேவை என்பதையும் எடுத்துச் சொல்லியிருக்கின்றார்கள். அவர்களுடைய நல்ல நோக்கத்தோடு கூடிய பயனுள்ள அந்தக் கருத்துக்களை அந்தத் துறை அலுவலர்கள் நன்கு ஆராய்ந்து அவற்றைச் செயல்படுத்த முயற்சிப் பார்கள் என்ற உறுதியினை நான் முதலில் தெரிவித்துக்கொள்ள விரும்புகிறேன்.

இந்த மான்யக கோரிக்கையில்—இது, இங்கே மான்யக் கோரிக்கை என்று வரவில்லை, சட்ட மன்றத்தில் இது வைக்கப்பட்ட போது, அங்கே ஒவ்வொரு மானியமும் எவ்வளவு தொகை என்ற குறிப்போடுதான் இந்த விளக்கங்கள் அங்கே வழங்கப்பட்டன. சுகாதாரத் துறைக்காக ரூ. 16,25,76,000 என்ற அளவிற்கும் மருத்துவ மானியக் கோரிக்கைக்காக ரூ. 30,93,98,000 என்ற அளவிற்கும் சட்டப் பேரவையில் வைக்கப்பட்டன. மேலவைக்கு வரும்போது இது மானியக் கோரிக்கை அல்ல என்ற காரணத்தினால், மானியம் என்ற வரியை எடுத்துவிட்ட காரணத்தினால், இந்தக் கொள்கை விளக்க அறிக்கையில் தொகை பற்றிய விவரக் குறிப்பைக் காண இயலவில்லை. ஆனாலும் நடைமுறையில் என்னென்ன பயனுள்ள காரியங்கள் நிறைவேற்றப்பட இருக்கின்றன என்ற வகையில் அது பற்றிய விளக்கங்கள் இங்கே ஆராயப்பட்டிருக்கின்றன. நம்முடைய தமிழ் நாட்டிலே ஆண்டு தோறும் இந்தத் துறைக்காக அதிக கவனம் செலுத்தப்படுகின்றது என்று சொல்லத்தக்க விதத்தில் நிதி ஒதுக்கப்பட்டு வருகின்றது என்று சொன்னாலும், இந்த ஆண்டு தமிழ் நாடு முழுவதும் ஏற்பட்டிருக்கின்ற மிகப் பெரிய வறட்சியின் விளைவால் நாங்கள் எதிர்பார்த்த அளவிற்கு அதிகமான நிதி இதற்காக ஒதுக்கும் வாய்ப்பு கிடைக்கவில்லை என்பதை நான் தெரிவித்துக் கொள்ள விரும்புகிறேன்.

(பிற்பகல் 6–50)

வறட்சி நிவாரணத்திற்காக நிதி ஒதுக்குகிறபோது, "புதிய திட்டச் செலவுப் பணிகளாக", இந்தத் துறையினர் எடுத்துச் சொன்ன அத்தனையையும் ஏற்றுக்கொள்ளக்கூடிய நிதி நிலைமை நிதித் துறைக்கு இல்லை. ஆனால் மிக இன்றியமையாததாக, உடனடியாக நிறைவேற்றப்பட வேண்டியதாக எவை இருந்ததோ அவற்றை நிறைவேற்றுவதற்குரியவற்றை அரசு ஏற்றுக்கொண்டிருக்கின்றது. மேலும் வாய்ப்பு கிடைக்கும் போது இந்தத் துறையினுடைய ஆலோசனையாகக் கிடைத்திருக்கின்ற திட்டங்களை நிறைவேற்றுவதற்கான முயற்சிகள் எடுத்துக்கொள்ளப்படும் என்பதையும் தெரிவித்துக்கொள்கிறேன்.

முதலிலே பேசிய உயர்திரு சித்ரா நாராயணசாமி அவர்கள் பொதுவாக இந்தத் திட்டங்கள் செம்மையாக நடைபெறுகின்றன என்று குறிப்பிட்டாலும், மலேரியா கண்ட்ரோல் புரோகிராமைப் பொறுத்தவரையிலே, அதிக எண்ணிக்கையில் நோய்க்கு ஆளாகியிருக்கிறார்கள் என்று புள்ளி விவரம் கொடுப்பதன் காரணமாக அதைக் குறித்து, அதனுடைய (effectiveness) எபக்டிவ்னஸ் குறித்து, ஐயுறவைத் தெரிவித்திருக்கின்றார்கள். இந்த மலேரியா கண்ட்ரோல் என்பது பரவலாக நடத்தப்படுகின்ற ஒரு திட்டமாகும். பரவலாக நடத்தப்படுகிற திட்டமாக இது இருந்தாலும் கூட "இன்டென்சிவ்" (intensive) ஆக ஒரு குறுகிய வட்டாரத்திலே மிக நெருக்கமாக இந்தத் திட்டத்தை நிறைவேற்றுவதற்கு இயலாத நிலையில் "அட்டாக் பேஸ், மெயின்டினன்ஸ் பேஸ், இன்டெக்ரேஷன் பேஸ்" என்று மூன்றாகப் பிரித்து, இது செயல்படுகிறது. இந்த முறையிலே "அட்டாக் பேஸில்" தீவிரமாகக் காரியம் ஆற்றி, மறுபடியும் "மெயின்டினன்ஸ் பேஸ்" என்று ஏற்றுக்கொள்ளப்பட்ட பின்னர் தீவிரம் குறைந்துவிடுகிறது. இயற்கையிலேயே கொசுக்களை ஒரு முறை அழித்துவிட்ட காரணத்தாலேயே கொசு மறுபடியும் அங்கே உற்பத்தி ஆவதில்லை என்ற அளவுக்கு நமக்கும் கொசுவுக்கும் ஒப்பந்தம் இல்லை. மேலும், எவ்வளவுதான் அரசாங்கத் துறை காரியம் ஆற்றியிருந்தாலும் கூட, பொதுமக்கள் சுகாதாரத்தை மறந்துவிடுகின்றனர். இங்கே திரு. வசந்த பாய் அவர்கள் சொன்னது போல சாணமும், சாக்கடையும் மற்றவைகளும் பெருகுவதற்குப் பொதுமக்கள் காரணமாகிவிடுகிறபோது, கொசுக்கள் தோன்றுகிற நிலைமையும், பொதுவாக ஒரு திட்டம் ஆரம்பித்து சில ஆண்டுகள் ஆனால் அந்தத் திட்டத்திலே இருப்பவர்களின் ஆர்வம் சுணங்கிவிடுகிறது என்ற ஒரு நிலைமையும், காரணமாகலாம். புள்ளிவிவரம் எடுக்கின்ற முறையில், மலேரியா காய்ச்சல் யாருக்கு வந்திருக்கிறது என்று புள்ளி விவரம் எடுத்து, மெயின்டெனன்ஸ் பேஸ் என்று வந்ததற்குப் பின்னாலே மறுபடியும் புள்ளி விவரம் எடுக்கிறபோது, புள்ளிவிவரத்தில் அதிகமாகத் தெரிகிறதே தவிர, இந்தத் திட்டம் எல்லாம் வந்த பிறகு அதிகம் பேர் மலேரியாவால் பாதிக்கப்பட்டிருக்கிறார்கள் என்று யாரும் கருத முடியாது. இப்போது புள்ளி விவரப்படி அதிகமாக இருக்கிறது என்று சொன்னால், அது "ஜீரோ" ஆகக் குறைந்திருக்க வேண்டும். எண்ணிக்கைப்படி "ஜீரோ" ஆகக் குறையவில்லையென்று தோன்றுகிறது. 19,000 என்று இப்போது வருகிறது என்றாலும், இந்தத் திட்டமே இல்லை என்று சொன்னால், 19,000 ஆக இருக்காது, 1,90,000 ஆக இருக்கும். ஆக 1,90,000 ஆக இல்லாது வெறும் 19,000 ஆக இருப்பதற்காக நாம் மகிழ்ச்சியடையவேண்டும். இருந்தாலும் மேலும் இந்தத் திட்டங்களைச் செம்மைப்படுத்த முயற்சி எடுக்கப்படும் என்று தெரிவித்துக்கொள்கிறேன்.

ஃபைலேரியா திட்டங்களைப் பொறுத்தவரையில், யானைக்கால் வியாதித் தடுப்பு, நாடு முழுவதும் பரவலாக நடத்தப்படுவதல்ல. எந்தெந்த வட்டாரத்திலே 100க்கு 3 அல்லது 5 பேருக்கு யானைக்கால் வியாதி இருப்பதாக அதனுடைய அடையாளம் காணப்படுகிறதோ அந்த வட்டாரத்தில்தான் முயற்சிக்கப்படுகிறது. விழுப்புரம், திருவரங்கம், கும்பகோணம்,

புதுக்கோட்டை என்று இப்படிச் சில ஊர்கள் தேர்ந்தெடுக்கப்பட்டிருக்கின்றன. நகர தொடர்புடைய வட்டாரத்திலும் பஞ்சாயத்து ஆட்சியிலுள்ள வட்டாரத்திலும் தெரிந்தெடுக்கபட்டு அதற்குப் பின்னர் அங்கே ஃபைலேரியா நோய் ஒழிப்புக்குப் பணிகள் நடைபெறுகின்றன. அப்படி நடைபெறுகிற பணிகளும் குறைந்த கால அளவிலே முழு வெற்றி தராது. ஏனென்று கேட்டால் ஃபைலேரியா வியாதியினாலே பாதிக்கப்பட்ட மக்கள் இருக்கின்ற வட்டாரத்தில் அவர்களைக் கடிக்கிற கொசு, வியாதி இல்லாதவர்களைக் கடிக்கின்றபோது, அவர்களுக்கு அதன் மூலமாக அந்த நோய் ரத்தத்தில் மெல்ல மெல்ல பரவி 2,3 ஆண்டுகள் கழித்து வெளிப்படுகிறது என்ற காரணத்தால் பொது மக்களும் முழு அளவுக்கு ஒத்துழைத்தால்தான் (ஃபிலேரியா) யானைக்கால் வியாதியை அடியோடு தடுக்க முடியும். நண்பர் திரு. சுவாமிநாதன் போன்றவர்களுக்குத் தெரியும். ஒரு காலத்திலே கும்பகோணம் என்று சொன்னால் யானைக்கால் உள்ளவர்கள் ஊர் என்று சொல்வார்கள். இப்போது அப்படிச் சொல்வதில்லை. அப்போதெல்லாம் ஒரு மாமாங்கத்துக்குப் போனால் யானைக்காலிலே இடிபடுவதா அல்லது நல்ல உடம்பிலே இடிபடுவதா என்று தெரியாமல் இடிபடவேண்டி யிருக்கும். இப்போது அப்படி அல்ல. அது இப்போது குறைந்திருக்கிறது. அதே நேரத்திலே வேறு சில இடத்திலே இருப்பது கண்டுபிடிக்கப் பட்டிருக்கின்றது. ஏற்கெனவே நோய் பரவியிருப்பதைப் பற்றிக் கவலைப் படுவோர் இல்லை. ஆக இந்தப் பணி நாளடைவில் முறையாக சிறப்பாக நடைபெறுவதன் விளைவாக 10 அல்லது 15 ஆண்டுக் காலத்திலே தமிழ்நாட்டிலே பெருமளவுக்கு இந்த நோயை ஒழிக்க முடியும் என்ற நம்பிக்கையை நான் தெரிவித்துக்கொள்கிறேன்.

அதேபோல மாண்புமிகு உறுப்பினர் திரு. எ. ஆர். தாமோதரன் அவர்கள் இங்கே பேசுகிறபோது, பிளேக், ஸ்மால்பாக்ஸ் ஆகியவைகளைப் பற்றிக் குறிப்பிட்டார்கள். பெரியம்மையை ஒழிப்பதிலேயும், பிளேக் போன்ற கடுமையான தொத்து நோயை ஒழிப்பதிலேயும் வெற்றி பெற்றிருக்கிறோம் என்று ஒப்புக்கொண்டு பாராட்டினார்கள். ஃபைலேரியா, மலேரியா போன்றவற்றிலே நாம் அதிகமாக வெற்றி பெறவில்லை என்பதை எடுத்துக் காட்டிப் பேசினார்கள். நான் இதற்குமுன் எடுத்துக் காட்டிய நிலைமைதான் இதற்குக் காரணமாகும். இந்தத் திட்டங்கள் 1958-லேதான் தொடங்கப்பட்டிருக்கின்றன. பெரியம்மை தடுப்புத் திட்டம் என்பது எப்போது தொடங்கப்பட்டது என்று பார்த்தால், பல ஆண்டுகட்கு முன்னர், நான் மாணவனாக இருக்கும்போதே பெரியம்மைக்குப் பால் குத்துகிற முறை வந்துவிட்டது. ஒவ்வொருவருக்கும் ஒரு முறைக்குப் பலமுறை அம்மைப்பால் குத்தும் நிலைமை—தடுப்புக்கு உதவியுள்ளது.

திரு. வெங்கடேஸ்வர தீக்ஷிதர் பேசுகிறபோது, தொத்து நோய் அதிகமாக இருக்கிறது, காச நோய்க்கு பி.சி.ஜி. ஊசி போடுகிறார்கள், அதனாலே எங்கே குறைந்துபோய்விட்டது என்று கேட்டார்கள். 15 அல்லது 20 வயதுக்கு முன்னர் பி.சி.ஜி. ஊசி போட்ட பெரும்பாலோருக்கு அந்த நோய் வருகிறதில்லை. அதிலேயும் விதி விலக்கு இருக்கலாம்.

ஊசி மருந்து உடம்பிலே சென்று சேர வேண்டிய அளவிலே சேராமல் இருக்கலாம். அப்படி விதிவிலக்காக சிலர் இருக்கலாமே தவிர, பி.சி.ஜி. ஊசி 100க்கு 99 பேர்களுக்குப் பயன்தரத்தக்கதாக இருக்கும் என்ற நம்பிக்கை இருக்கிறது. இன்னும் அந்த நம்பிக்கை இழப்பதற்குப் போதுமான காரணம் இல்லை. ஆனால் காச நோய் வந்தவர்கள் ஒரு காலத்திலே, 20 அல்லது 25 ஆண்டுகளுக்கு முன்னாலே, இருமிக் கொண்டும், துப்பிக் கொண்டும் அவரவர்கள் வீட்டிலே இருப்பார்களே தவிர மருத்துவ மனைக்கு வந்து கேட்கமாட்டார்கள். இப்போது மருத்துவமனை எங்கே என்று சட்ட சபை உறுப்பினர் அவர்களிடத்திலே கேட்டு, அந்த மருத்துவ மனைக்குக் கடிதம் கொடுங்கள் என்று கேட்டு, கொடுக்கவில்லை என்றால் கோபித்துக் கொள்வதுடன், அமைச்சர்கள் ஒரு 10 பேருக்குக் கடிதம் கொடுத்து, அங்கு இவர் 9வது ஆளாக இருந்து இடம் கிடைக்கவில்லை என்றால், அமைச்சர் கொடுத்த கடிதத்திற்குக் கூட மரியாதை இல்லை என்று கூட கோபித்துக் கொண்டு பேசுகிறார்கள். இப்போது இடம் கிடைப்பதிலேகூட கொஞ்சம் கஷ்டம் இருப்பது உண்மை. நம் நாட்டிலே எதிலேதான் இடம் கிடைப்பதிலே கஷ்டம் இல்லை. திருமண மார்க்கெட்டுத் தவிர, வேறு எல்லா மார்க்கெட்டிலேயும் இடம் கிடைப்பது என்பதில் கஷ்டமான நிலைமைதான் இருக்கிறது.

பள்ளிக்கூடம், கல்லூரி, பஸ்கள், ரெயில் இப்படிப் பலவற்றிலும் இடம் கிடைப்பது கஷ்டமாகத்தான் இருக்கிறது. அதுபோல மருத்துவ மனையில் படுக்கை வசதி கிடைப்பது கஷ்டமாக இருக்கலாம். காச நோயைப் பொறுத்தவரையிலே, 3 மாதம் அல்லது 6 மாதம் சில நேரத்திலே இன்னும் கூட அதிகமாக மருத்துவ மனையில் தங்க வேண்டிய நிலைமை ஏற்பட்டுவிடுகிறது. ஏற்கெனவே சிகிச்சை பெற்றுக்கொண்டிருப்பவர்களை பாதியிலே அனுப்பிவிட முடியாது. அந்த இடத்தில் இன்னொருவரைப் படுக்க வைத்துவிடுவது பயன் உடையதல்ல. ஆகவே, சிகிச்சை என்பதே முழு சிகிச்சையாக இருக்க வேண்டும். ஆகவே சிகிச்சை அளிக்கப்படுபவரை நிறுத்த முடியாது. நம்முடைய பொருளாதார வசதிக்கு ஏற்ப இடங்களை அதிகப்படுத்தினாலே இன்றைக்கு மருத்துவ மனையில் வந்து சிகிச்சை பெறவேண்டும் என்னும் நிலை உள்ளவர்க்குக் கூடுமானவரையில் வசதிகளை அளிக்க முடியும். அந்த வகையிலே காச நோய்க் கழகம் 5–6 லட்சம் ரூபாய்க்கு மேலாக ஒவ்வொரு ஆண்டும் நிதி திரட்டி, அந்தந்த மாவட்டத்திலேயே எங்கே அதிகமாகத் திரட்டியிருந்தாலும், குறைவாகத் திரட்டி இருந்தாலும், அதிலே ஏறத்தாழ 100க்கு 90 பங்கு அந்தந்த மாவட்டக் கழகத்திற்குத் தரப்பட்டு, அங்கேயுள்ள தாலுக்கா மருத்துவ மனைகளிலும் மற்ற மருத்துவ மனைகளிலேயும் எக்ஸ்ரே போன்ற கருவிகளை அல்லது நுண்ணாடி (மைக்ராஸ்க்கோப்) போன்ற கருவிகளை வாங்கி வைப்பதற்கு வழி செய்யப்பட்டு பணி நடைபெற்று வருகின்றது.

தென் ஆற்காடு மாவட்டத்திலே மொபைல் வேன் ஒன்று காச நோய்ப் பணிக்காக ஏற்படுத்தப்பட்டிருக்கின்றது. அது இயங்குகின்றதா என்று திரு. தாமோதரன் அவர்கள் கேட்கக்கூடும். அது ஓரளவுக்குத் தான் இயங்கக்கூடும். அது பெரிய வேன். அது பள்ளிக்கூட மாணவர்

களுக்காக ஒரு குறிப்பிட்ட இடத்திற்குச் சென்று சோதனை நடத்தக்கூடிய நிலைமை இருக்கிறது. மேலும் நல்ல அளவுக்கு இயங்குவதற்கு முயற்சிக்கலாம். அப்படிப் பல காரியங்கள் தொடர்ந்து நடைபெற்றுக் கொண்டு வருகின்றன.

அடுத்து, திரு. தாமோதரன் அவர்கள் ஆரம்ப சுகாதார நிலையங்களிலே கிடைக்கின்ற பணி வசதிகள் இன்னும் அதிகப்படுத்தப்பட வேண்டும் என்று சொன்னார்கள். அதிக டாக்டர்கள் இடம் பெற்று "மொபிலிடி ஆப் சர்வீஸ்" இருக்கவேண்டும் என்று சொன்னார்கள். பிரைமரி ஹெல்த் சென்டர்ஸ் என்று சொல்கின்றபோது, அதன் அடிப்படை நோக்கமே அங்கே உள்ளவர்கள் மொபைல் யூனிட்டு போல இயங்க வேண்டும் என்பதுதான். ஒரு ஒன்றியம் முழுவதற்கும் ஒரு ஆரம்ப சுகாதார நிலையம் என்ற முறையில் அதை உருவாக்கியபோது, சப்-சென்டர்களுக்கு வாரத்திற்கு ஒரு முறை குறிப்பிட்ட நாளிலே டாக்டர்கள் சென்று அந்த நிலையங்களிலே வந்திருக்கின்ற தாய்மார்களையும் குழந்தைகளையும் பரிசோதித்து அவர்களுக்குத் தரவேண்டிய மருந்துகளை அவர்களுக்கு மிக அடிப்படையான தேவையாகும் வைட்டமின் மாத்திரைகள் எந்த எந்தப் பெண்களுக்கு இன்னின்ன மாத்திரைகள் எத்தனை கொடுக்க வேண்டும் என்று சொல்லிவிட்டு வந்தால், மகப்பேறு உதவியாளராக இருக்கின்ற அம்மையார் அவர்கள் அந்த மருந்துகளை அவர்களுக்குத் தேவையான அளவுக்கு வழங்குவார்கள். ஒரு வாரத்திலே ஒரு நாளைக்குப் போகிற டாக்டர்கள் 2 நாள் போனால் எவ்வளவோ வசதியாக இருக்கும். மொத்தம் ஒரு லட்சம் மக்கள் இருக்கின்ற இடத்திலே 9 கிளை நிலையங்கள் இருக்கின்றன. அந்த ஒன்பதுக்கும் போய் வந்தால் தான் டாக்டர்களின் கடமை. ஏழுக்காவது போயிருப்பார்கள் என்று நிச்சயமாக நம்புவேன். அந்த ஏழு இடங்களுக்குப் போய்ப் பார்த்துவிட்டு வந்தாலும், இந்த ஏழு இடங்களைத் தவிர இன்னும் ஏழு அல்லது எட்டு இடங்கள் தேவை என்று மக்கள் விரும்புகிறார்கள். அதை நிறைவேற்றுவதற்கு இப்போது பொருளாதார வசதி இல்லை. மத்திய அரசாங்கம் ஏற்கெனவே ஒப்புக் கொண்ட முறை பத்தாயிரம் பேருக்கு ஒரு கிளை நிலையம் ஏற்படுத்திக் கொள்ளலாம் என்பது. 5 ஆயிரம் பேருக்கு ஒரு கிளை நிலையம் கேட்கிறபோது அதை ஏற்றுக் கொள்ளவில்லை. ஆனால் டிரைபல் ஏரியாக்கள், ஹில் ஏரியாக்களில் மட்டும் 5 ஆயிரம் மக்களுக்கு ஒரு சப்-சென்டர் வீதம் வைத்துக் கொள்ளுங்கள் என்று மத்திய அரசினர் தெரிவித்திருக்கின்றார்கள். ஆனால் எதிர்காலத்திலே அவைகளை அதிகப் படுத்துவோமானால், மொபிலிடி ஆப் சர்வீஸ் (**Mobility of Service**) ஏற்பட்டு டாக்டர்களுடைய இயங்கும் சக்தியும் அதிகமாகப் பயன்படும் என்று தெரிவித்துக் கொள்கிறேன்.

திரு. கே. ராஜாராம்: தலைவரவர்களே, மத்திய அரசாங்கத்திடமிருந்து இம்மாதிரி சுகாதாரத்தை மருத்துவத் துறை விஷயங்களிலே அதிக நிதி பெறுவதற்கு, பிற மாநிலங்களிலே உள்ளதுபோல், நமது மாநிலத்திலும் பஞ்சாயத்து ஒன்றியத்தைச் சிறியதாக, இப்போது இருப்பதுபோல் ஒரு லட்சம் மக்கள் கொண்டதாக இல்லாமல், 50,000

1975 மார்ச் 27] [திரு. கே. ராஜாராம்]

அல்லது 60,000 மக்கள் கொண்டதாக ஆக்கினால், அந்த எண்ணிக்கை பேரில் அதிகமான தொகைகள் பெறுவதற்கு வாய்ப்பு இருக்கிறது என்று பல நண்பர்கள் கூறுகிறார்களே, அதைப்பற்றி அமைச்சர் அவர்கள் சொல்ல வேண்டுமென்று கேட்டுக் கொள்கிறேன்.

மாண்புமிகு திரு. க. அன்பழகன்: தலைவரவர்களே, இது நல்ல ஆலோசனை. ஏற்கனவே இதைப்பற்றி ஆலோசிக்கப்பட்டபோது, இந்த ஒன்றியங்கள் மிகப் பெரியதாகவும், போக்குவரத்து வசதியற்றதாகவும் இருக்கின்றன, இவைகளை இயன்ற அளவு சிறிதாக்க வேண்டுமென்று கருதப்பட்டது. மாவட்டங்களிலேகூட தமிழ் நாட்டிலேதான் மிகப் பெரிய மாவட்டங்களாக 40 இலட்சம் பேர் கொண்ட மாவட்டங்களாக உள்ளன. இந்தியாவிலேயே வேறு எந்த மாநிலத்திலேயும் இப்படி இருக்காது. பத்து இலட்சம் பேர், பதினைந்து இலட்சம் பேர் அளவு மக்கள் தொகை தான் மற்ற மாநிலங்களில் பல மாவட்டங்களுக்கு (டிஸ்ட்டிரிக்ட்ஸ்) இருக்கின்றன. அந்த முறையிலே புதுக் கோட்டையை ஒரு புது மாவட்டமாக ஏற்படுத்தியவுடன் அங்கே ஒரு ஃபேமிலி பிளானிங் டிஸ்ட்டிரிக்ட் யூனிட் ஒன்று ஏற்படுத்தலாம் என்று விரும்புகிறோம். ஆனால் மத்திய அரசிடம் அதை ஏற்கவேண்டும் என்று கேட்டபோது, "இப்பொழுது அதை நிறைவேற்ற முடியாது, ஏனென்றால், நிதி ஒதுக்குவதற்கு வாய்ப்பில்லை" என்று அவர்கள் எழுதி விட்டார்கள். ஒரு தாய்க்குக் குழந்தை பிறக்கிற போது, அந்தக் குழந்தை பிறப்பதை கவனித்துக் கொள்ள வேண்டிய ஆயாவுக்கும், குழந்தை பிறக்கிற நெருக்கடி இருக்குமானால் எப்படியோ அப்படி இந்த மத்திய அரசுடைய நிலைமையும் உள்ளது. எங்களுக்கு நெருக்கடி என்று சொல்லி விட்டார்கள்.

(பிற்பகல் 7-00)

ஆகவே, ஏற்கெனவே உள்ள மாவட்டத்திலே உள்ள அத் துறைப் பணியினர்தான் அதையும் சேர்த்துக் கவனித்துக் கொள்ள வேண்டியிருக்கிறது. இன்னின்னவைகளுக்கு இவ்வளவு கிராண்டு என்று மத்திய அரசு ஒதுக்குகிற காரணத்தாலே, அவர்களை நாம் கேட்கின்ற மனப்பான்மை நமக்கு ஏற்படுகிறது. முழுவதும் நம்மிடத்திலேயே வருமானமும் இருந்து நாமே செய்து கொள்ளுகிற நிலைமை இருக்குமானால், அங்கே உள்ளவர்களைவிட இங்கே உள்ளவர்கள்—பொறுப்பை நிறைவேற்றுவதில் யாரும் மட்டமானவர்கள் அல்ல. ஆனால் அந்த வாய்ப்பு நமக்கு இல்லாமல் போவதற்கான முழுக் காரணம், பல திட்டங்களை இணைப்பு முறையில் ஏற்படுத்திவிடுவது. ஆரம்ப சுகாதார நிலையம் என்றால், அது குடும்ப நலத் திட்டத்தோடு இணைக்கப்பட்டிருக்கிறது. குடும்ப நலத் திட்டத்திற்காக ஆகிற செலவு, மருத்துவர்களுக்கான செலவு, செவிலியர்களுக்கான செலவு, மருந்துகளுக்கான செலவு, மெடர்னிடி அசிஸ்டெண்டுக்கு உள்ள செலவு, இவைகளுக்கு ஆகிற செலவை அவர்கள் ஏற்கிறார்கள். ஆகவே, அந்தப் பணமும் நம்முடைய மாநில அரசு செலவு செய்கிற பணமும் ஒன்றாகத்தான் ஆரம்ப சுகாதார நிலையத்திற்குச் செலவாகிற காரணத்தாலே, நாம் புதிதாக ஏதாவது ஒன்றைச் செய்ய வேண்டுமானால்

மத்திய அரசைக் கேட்கவேண்டிய நிலைமை ஏற்படுகிறது. கேட்டதற்குப் பின்னாலே அவர்களுடைய இயலாமையைத் தெரிவிக்கிறபோது, நாங்களும் அதற்குமேல் அடியெடுத்து வைக்க முடியவில்லை.

அப்படி ஒவ்வொரு ஒன்றியத்திலும் ஆரம்ப சுகாதார நிலையம் இரண்டாவது ஒன்று தேவை, ஒரு இலட்சம் மக்களுக்குமேல் உள்ள இடத்திற்காவது உடனே தேவை, என்று மத்திய அரசிடம் கேட்டு, அதனை ஏற்றுக் கொள்ள இயலாது என்று அவர்கள் தெரிவித்ததற்குப் பின்னர் நம்முடைய அரசு ஒரு இலட்சம் மக்களுக்குமேல் இருக்கிற ஒன்றியங் களிலே ஆரம்ப சுகாதார நிலையங்களிலே எல்லாம் இப்போது ஒரு ஆண் டாக்டரும் ஒரு பெண் டாக்டரும் இருக்கிறார்கள். மூன்றாவதாக ஒரு டாக்டரைக் கொடுத்து, அவர்கள் மூலமாக அந்தப் பணியைச் சற்று விரிவாகக் கவனிக்கச் செய்ய வேண்டிய முறையில் 100 ஆரம்ப சுகாதார நிலையத்திற்கு நியமிக்க இவ்வாண்டு வரவு—செலவுத் திட்டத்திலே தமிழக அரசு ஏற்றுக் கொண்டிருக்கிறது. அப்படி மூன்றாவது டாக்டர் நியமிக்கப் படுகிற நிலைமை ஏற்பட்டதற்குப் பின்னர், ஆரம்ப சுகாதார நிலையம் என்ற பெயர் இல்லாவிட்டாலும் அதற்கான இரண்டாவது செண்டர் (Second Centre) என்ற முறையிலே ஒரு டிஸ்பென்சரி இடத்தை மேம் படுத்தி இரண்டு ஆரம்ப சுகாதார நிலையம் ஏற்படுத்த எதிர்காலத்திலே இது பயன்படும். அதே சமயத்திலே, பள்ளிகளிலே படிக்கிற குழந்தை களுடைய உடல் நிலையைச் சோதிப்பது ஸ்கூல் மெடிகல் செக்கப் ஏற்கெனவே ஏறத்தாழ 18 ஒன்றியங்களிலே இருந்தது. இப்போது மேலும் 7 ஒன்றியங்களிலே அதிகப்படுத்தப்பட்டிருக்கிறது. அதற்கு மிக முக்கியமான காரணம் இந்த 18 இடங்களிலே ஒரு டாக்டர் அதிகமாகக் கொடுக்கிறோம். அது மட்டுமல்லாமல், அதற்காக ஒரு ஹெல்த் விசிட்டர் தருகிறோம். அவர்கள் அந்தப் பணியை ஒன்றியம் முழுவதும் நிறை வேற்ற ஓராண்டு, இரண்டாண்டுக் காலம் ஆகிறது. ஆகவே புதிய செலவு என்ற காரணத்தாலே ஏழு இடங்களிலேதான் ஏற்க முடிகிறது. இதே போல் அர்பன் ஸ்கூல் ஹெல்த் புரோகிராம் என்பது சில நகரங்களிலே தான் நடைபெறுகிறது. மருத்துவக் கல்வித் துறை மூலமாக சென்னை நகரத்திலே உள்ள குழந்தைகளுக்கு ஹெல்த் செக்கப் புரோகிராம் ஏற்பாடு செய்ததால், அது இரண்டு வருஷ காலத்திலே நூற்றுக்கு 25 பேருக்குத் தான் நடைபெற்றிருக்கிறது. அது வேகமாக நடைபெற முடியாது இருக்கிறதே என்ற வருத்தம் எனக்கும் இருக்கிறது. அதிலே ஈடுபட்டுள்ள வர்கள் எவ்வளவு உண்மையாக இருந்தாலும் செயலாற்றுகின்ற முறையிலே அதற்கு வேண்டிய வேகம் உருவாவது இல்லை. ஓராண்டுக் காலத்திலே சென்னை நகரத்திலே உள்ள மாணவர்களுக்கு ஹெல்த் செக்கப் செய்துவிட முடியுமா என்று கேட்டால், சென்னையிலுள்ள எல்லா டாக்டர்களும் மாதத்திற்கு நான்கு நாள் ஒதுக்கினால்தான் முடியும். அவ்வளவு குழந்தைகள், அத்தனை பள்ளிக்கூடங்களில் இருக்கின்றன. ஆகவே இப்படிப்பட்ட நிலையில் இதை ஓரளவுதான் நிறைவேற்ற முடிகிறது என்பதையும் நான் திரு. தாமோதரன் அவர்கள் தெரிவித்த கருத்தை ஒட்டி விளக்க விரும்புகிறேன். எதிர்க்கட்சித் தலைவர் அவர்கள் பேசுகிற போது, நூற்றுக்கு ஒரு குழந்தைக்குத் தொழு நோய் இருக்கிறது என்றும் ஏறத்தாழ மாணவர்களைப் பரிசோதனை செய்து பார்த்ததிலே, இலட்சம்

பேருக்கு ஆயிரம் பேருக்கு வருகிறது என்றும் சொன்னார்கள். அது சென்னை நகரத்திலே இலட்சம் பேரிலே ஆயிரம் பேருக்கும் சில இடங்களிலே 1,500, 2,000 பேருக்கும் பெருகியிருக்கிறது. தென்னார்காடு, வட ஆர்க்காடு மாவட்டங்களிலே சில பகுதிகளிலே போய்ப் பார்த்தால், ஒரு கிராமத்திலே நூறு வீடுகள் இருக்குமானால், அந்த நூறு வீடுகளிலேயும் யாராவது ஒருவருக்கு இந்த நோய் இருப்பது காணப்படும். அப்படி குழந்தைகளுக்கு இருப்பது காணப்படுகிறபோது, உடனடியாக அந்தக் குழந்தைகளுக்கு சிகிச்சைக்கு மருந்துகள் தரப்படுமானால், அடையாளங்கள் காணப்படுகிற முதல் கட்டத்திலே, தோல்மீது சுரணை இல்லாமல், அல்லது படை போல ஏதாவது ஒரு வகையான அடையாளத்தைப் பார்த்தவுடன், அந்தக் குழந்தைகளுக்குச் சிகிச்சை தர ஆரம்பித்து ஏறத்தாழ ஒன்றரை ஆண்டுக்காலம் இன்னும் அதிகமானால் இரண்டாண்டுக் காலத்திற்குள்ளே அந்தத் தொழு நோயிலிருந்து அந்தக் குழந்தைகளுக்கு, அதாவது 10 வயது 12 வயதுப் பிள்ளைகளுக்கு, பாதுகாப்பு தந்துவிட முடியும். ஆனால் இதிலேகூட அந்தத் தொழு நோய்க்கு ஆளாகக் கூடிய குழந்தையை அதனுடைய பெற்றோர்களிடத்திலிருந்து பிரித்து வைக்க வேண்டுமே என்று கருதினால், அது அவசியம் இல்லை என்று மருத்துவத் துறையிலே உள்ள வல்லுநர்கள் தெரிவித்திருக்கிறார்கள். மருந்தைச் சாப்பிடாமல் இருக்கிற ஒரு குழந்தை அல்லது சிறுவன் இருப்பானானால் அவனிடத்திலிருந்து மற்றவர்களுக்குத் தொத்துகிற வல்லமை நோய்க்கு ஏற்படுகிறதே தவிர, மருந்து உட்கொண்டால், தொத்துகிற ஆற்றல் போய் விடும். அந்த நோயைப் போக்குவதற்கு தொடர்ந்து மருந்து சாப்பிட வேண்டும். தொத்து நோய் என்ற முறையிலே அதனுடைய பரவுகிற தன்மை இன்னும் சரியாகக் கண்டுபிடிக்கப்பட முடியாத காரணத்தாலே, அது தொத்து நோய் என்று சொல்லப்படுகிறது. ஆனால் திட்டவட்டமாக, அது ஹெரிடிடரி வியாதி அல்ல, தலைமுறை தலைமுறையாக வருகிற வியாதி அல்ல, அல்ல கரும வியாதி என்று சொல்லுகின்ற அளவுக்கு அது பயங்கரமான வியாதி அல்ல, வந்தால் போகாது என்ற வியாதியும் அல்ல என்று கூறப்படுகிறது. ஏழ்மை, வறுமை, சுகாதாரம் மற்ற சூழ்நிலை இவைகளோடும் மற்றும் மக்கள் நெருக்கமாக வாழ்கின்ற இடங்களிலும் தொத்துவதற்கு வாய்ப்புகள் அதிகமாக இருக்கின்றன. வயது குறைந்தவர்களிடத்திலே அது தொத்துகிற ஆற்றல் அதிகமாக உடையது. அவர்களிடத்திலே சிலபல ஆண்டுகள் கழித்து அது வெளிப்படக் கூடிய வாய்ப்பு இருக்கிறது. ஒரு முப்பது நாற்பது வயதுக்கு மேலே தொத்து நோய் வருவது அதிகம் இல்லை. இவ்வளவு தெளிவாக அண்மைக் காலத்தில் கருத்துக்கள் தெரிவிக்கப்பட்டிருக்கின்றன. தமிழ் நாட்டிலே உள்ள எல்லா மாவட்டங்களிலும் தொழு நோய் பரவியிருக்கிற இடங்களிலே புதிதாக தொழுநோய் தடுப்பு சிகிச்சை யூனிட்டுகள் ஆங்காங்கே ஏற்படுத்துவதற்கான ஏற்பாட்டை மேற்கொண்டு, ஏறத்தாழ எல்லா வட்டாரத்திலும், ஒன்று அரசாங்கத் துறை மூலமாக அல்லது மிஷனரிகள் போன்ற தனியார் நடத்துகிற மருத்துவமனை மூலமாக சிகிச்சை வழங்கப்படுகிறது. தனியார் நடத்துகிற மருத்துவ மனைகள் நல்ல முறையில் ஒவ்வொரு மாவட்டத்திலும் இயங்கிக் கொண்டு வருகின்றன. கிருஸ்துவ சகோதரிகள் நடத்துகிற மருத்துவ மனைகள் அல்லது ஜெர்மன் லெப்ரஸி எராடிகேஷன் புரோகிராம் என்ற அவர்களுடைய பெயராலே நடத்தப்

படுகிற மருத்துவமனைகளிலே தகுந்த சிகிச்சைக்கான ஏற்பாடுகளை மேற்கொண்டிருக்கிறார்கள். சென்னையிலேகூட அவர்கள் நடத்துகிறார்கள். மக்கள் இன்னும் இதைப் பற்றிப் பரவலாக அறிந்துகொள்ளச் செய்யப்படுமானால், அவர்கள் தங்கள் வீட்டுப் பிள்ளைகளை ஆண்டுக்கு ஒரு முறை சோதித்துப் பார்த்துக் கொள்ள ஏதாவது முயற்சி எடுத்துக் கொள்ள முன் வருவார்களேயானால், எதிர்காலத் தலைமுறையை இந்தத் தொழு நோய் பாதிக்காத அளவிற்குக் கூட தடுக்க முடியும்.

(பிற்பகல் 7-10)

நம்முடைய நாட்டிலே அந்தத் தெளிவு குறைவாக இருக்கிறது. யாராவது ஒரு பிள்ளையைப் பார்த்து அந்தப் பிள்ளைக்கு என்ன தேமல் என்று கேட்ட பிறகு, தன்னுடைய பிள்ளையைப் பற்றிய ஒரு உணர்வு வருகிறதே தவிர, தானாக அந்த எண்ணம் வருவதில்லை. குழந்தைகளை மருத்துவ சோதனை செய்யும் ஒரு வழக்கம் இல்லாத காரணத்தினாலே, சமுதாயத்தினுடைய ஒரு சாபக் கேடாக இந்த நிலைமை இருக்கிறது. அதைப் போல திரு. தாமோதரன் அவர்கள் பேசுகிற பொழுது, நம்முடைய நாட்டிலே "இண்டஸ்ட்ரியல் எயர் பொலூசன்" (Industrial air pollution) அதிகமாக ஏற்படுகிறது என்று தெரிவித்தார்கள். இப்பொழுது எல்லா துறைகளிலேயும் "ஸ்டாண்டிங் அட் தி கிராஸ் ரோட்" என்று சொல்லுகிற முறையில் எந்தப் பக்கம் போவது என்று திரும்பிப் பார்த்து திகைக்கும் ஒரு கட்டத்திலே நம்முடைய நாடு இருக்கிறது. அரசியலிலும் அப்படித்தான், பொருளாதாரத் துறையிலும் அப்படித்தான், கல்வித் துறையிலும் அப்படித்தான், மக்களுடைய கருத்து ஒரு தெளிவான எண்ணத்தை பிரதிபலிக்கவில்லை. நமது மக்களுக்கு தொழிற்சாலை வேண்டுமென்ற ஆர்வம் இருக்கிறது. இன்னும் சொல்லப்போனால் தங்கள் ஊருக்கு தொழிற்சாலை வேண்டுமென்று கேட்கிற வெறி உணர்ச்சிகூட இருக்கிறது. அது வந்ததற்குப் பின்னர் அதனால் ஏற்படும் தீமைகளைக் கட்டுப்படுத்துகிற சாதனங்கள் இல்லாமல், தொழிற்சாலைகள் வந்து விடுகின்றன. முதலிலே தொழிற்சாலைக்கு உரிமம் கொடுக்கிறபோது, அத்தனை பேரும் இதனால் குறை ஒன்றுமில்லாமல் பாதுகாக்கிறோம் என்று சொல்லி விட்டு தொழிற்சாலைக்கு உரிமம் பெறுகிறார்கள். தொழிற்சாலையை ஏற்படுத்திய பிறகு குறைபாடுகள் இருக்கின்றன. அதிகாரிகள் போய்க் கேட்கிற பொழுது, அவர்களுக்குச் சமாதானம் சொல்லுகிறார்கள். திரும்பத் திரும்ப ஏதாவது ஒரு காரணத்தைச் சொல்லிக் கொண்டேயிருக்கிறார்கள். ஆகவே அப்படி ஒரு நெருக்கடியான நிலை இந்தத் துறையிலே இருக்கிறது. இங்கே எண்ணூர் பகுதியிலே இருக்கிற மிகப் பெரிய தொழிற்சாலைகளிலிருந்து கக்கப்படுகிற புகையினுடைய அளவும் அதனுடைய விஷத்தன்மையும் சாதாரணமானதல்ல. அதைப்போலவே பெரிய மின்சார உற்பத்தி செய்யும் நிலையத்திலிருந்து கிளம்பக் கூடிய புகையாக இருந்தாலும் சரி அல்லது கெமிக்கல் தொழிற்சாலைகளிலிருந்து வருவதாக இருந்தாலும் சரி அல்லது சிமெண்ட் தொழிற்சாலைகளிலிருந்து வருகிற புகையாக இருந்தாலும் சரி, குறிப்பிட்ட வட்டாரத்தை நாளடைவில் பட்டுப் போகச்செய்து விடுகின்றன. அந்தப் புகைக் காற்று வீசுவதால் குறிப்பிட்ட பகுதியிலே இருக்கிற தாவரங்கள் கூட பட்டுப் போகிற அளவுக்கு,

அங்கே குடியிருக்கிற மக்களுக்குக் கேடு ஏற்படுகிற அளவுக்கு நிலைமை இருக்கிறது. ஆகையினால் "வாட்டர் பொலுாசன், ஏர் பொலுாசன்" இரண்டும் மக்களுக்குத் தீமை செய்கிறது என்ற காரணத்தினால், இவைகளைப் போக்குவதற்கு என்ன ஏற்பாடு செய்யலாம் என்பதற்காக "எக்ஸ்பெர்ட் கமிட்டி" ஒன்று நியமிக்கப்பட்டு அவர்களும் சில ஆலோசனைகளை, சென்னை மாநகரத்தைப் பொறுத்த வரையில், வழங்கியிருக்கிறார்கள். அவற்றை நிறைவேற்றும் வழிமுறை தொடர்ந்து பரிசீலிக்கப்படும். அதைப் போலவே திரு. தாமோதரன் அவர்கள் சொன்ன அந்தத் தொழிற்சாலையிலிருந்து வரும் நச்சுக் காற்று பற்றியும் அங்குள்ள மாவட்ட சுகாதார அதிகாரி மூலம் பரிசீலித்து, அவற்றைத் தூய்மைப்படுத்த நடவடிக்கை மேற்கொள்ளப்படும். இப்படிப்பட்ட பிரச்சினைகளைத் தொடர்ந்து பரிசீலிப்போம் என்று நான் இந்த சந்தர்ப்பத்தில் தெரிவித்துக் கொள்ள விரும்புகிறேன்.

அடுத்தபடியாக, மருத்துவமனைகளை நிர்வாகம் பண்ணுவதுபற்றியும் திரு. தாமோதரன் அவர்கள் எடுத்துச் சொன்னார்கள். நிர்வாகம் என்றாலே அதை "பெர்பெக்ட்" ஆகச் செய்வது என்பது மிகவும் கடினம். அரசாங்கத்தின் மூலமாக நிர்வாகம் நடக்கிறபொழுது, அங்கு ஒவ்வொரு படிக்கட்டிலேயும் பலர் பணியாற்றுவார்கள். அவர்களுக்கிடையே "கோ-ஆப்பரேசன் அண்ட் சின்சியர் எபர்ட்" இரண்டும் ஒன்று சேர்வதில்லை. இரண்டு பேர் நல்லவர்களாக தீவிரமாக பணியாற்றுவார்கள். இரண்டு பேர் நமக்கு என்ன என்று இருப்பார்கள். அவர்களை வைத்துக்கொண்டுதான் பணியாற்ற வேண்டும். இந்த நிலைமையிலே அவர்கள் மீது குற்றம் சாட்டவும் முடியாது. அந்தக் குறைகளுக்காக உடனே அவர்கள் மீது நடவடிக்கை எடுக்கவும் முடியாது. ஆகவே இந்தக் குறைபாடுகளை போக்குவதற்காக இப்பொழுது "ஹாஸ்பிட்டல் அட்மினிஸ்ட்டிரேசனை" எவ்வாறு சீராக்கலாம்—விரைவுபடுத்தலாம்—தாமதங்கள் தவிர்க்கப்படலாம் என்பதற்காக ஒரு குழு நம்முடைய நலத் துறைச் செயலாளராக இருக்கும் திரு. பத்மநாபன் அவர்களையே தலைவராகக் கொண்டு பணியாற்றிக் கொண்டிருக்கிறது. அவர்களுடைய ஆலோசனைகளை விரைவில் வழங்குவார்கள். அதன் மூலமாக நிர்வாகத் துறையிலே என்னென்ன சீர்திருத்தம் செய்ய முடியும் என்பதையும் நாம் ஆராய முடியும். இப்பொழுது பெரிய மருத்துவமனைகளில் "லே செக்கரட்டரிகள்" இருக்கிறார்கள். லே செக்கரட்டரி என்று பெயர் எப்படி வைத்தார்கள் என்று எனக்குத் தெரியவில்லை. அவர்கள் வரவு-செலவுக் கணக்கைப் பார்க்க, காண்டிராக்டர்களுக்குப் பணம் கொடுக்க, கணக்குகளை வைக்கத்தான் முடியுமே தவிர அட்மினிஸ்ட்டிரேசன் பார்க்க அவர்களால் முடியாது. ஆகவே அட்மினிஸ்ட்டிரேசன் பார்க்கிறவர்கள் மருத்துவத் துறையினராகத்தான் இருக்கிறார்கள். ஆகவே மருத்துவத் துறையிலே மருத்துவர்களுக்கு பதிலாக ஐ.ஏ.எஸ். அதிகாரிகளைக் கொண்டு நிருவகிக்கலாமென்று ஒரு ஆலோசனை கூறப்பட்டபோது, அதிலே பல்வேறு நுணுக்கங்கள் இருந்தாலும் ஐ.ஏ.எஸ். அதிகாரிகளை அதிலே பயிற்சி பெற வைப்பது அவ்வளவு கஷ்டம் இல்லை என்றாலும், அதற்குரிய பயிற்சி பெற்று பயன்படும் நிலையில் அவர்களை

வேறு எங்காவது மாற்றிவிடும் நிலை ஏற்படும். ஆகவே அவர்களைப் பயிற்சி பெற வைத்து மாற்ற நேருவதை விட இத்துறையில் இருக்கிற வர்களை வைத்து நிருவாகத்தைத் திருத்தமாகச் செய்வதற்கு முயற்சிக் கலாமென்ற கருத்தைத்தான் நான் மேற்கொண்டிருக்கிறேன். ஆனால் பொதுவாக சிறந்த டாக்டர்களாக மருத்துவம் செய்யக் கூடியவர்களாக இருக்கிறவர்கள் எல்லோரும் சிறந்த நிர்வாகியாக இருப்பது கடினம். சிறந்த நிர்வாகியாக இருப்பவர்கள் சிறந்த மருத்துவராக இருப்பது கடினம். இரண்டும் சேர்ந்திருந்தால் அவர்கள் அரசாங்கத்திலே இருப்பது அதைவிட கடினம். (சிரிப்பு) ஆகவே ஏதோ ஒரு வகையிலே இத்துறையில் கிடைப்பவர்களை வைத்துத் தான் பணியாற்ற ஏற்பாடு செய்ய முடியும். அந்தப் பணி செம்மையாக நடைபெறுவதற்கு பல்வேறு வகையிலே முயற்சி எடுத்துக் கொள்கிறோம் என்பதைமட்டும் நான் தெரிவித்துக் கொள்ள விரும்புகிறேன்.

அதைப் போலவே செங்கற்பட்டு, திருநெல்வேலி மருத்துவக் கல்லூரி களை விரைவிலே இந்திய மருத்துவக் கழகம் அங்கீகாரம் செய்ய வேண்டு மென்று எடுத்துச் சொன்னார்கள். அதற்கான நடவடிக்கைகள் கடந்த ஈராண்டு காலமாக தீவிரமாக எடுக்கப்பட்டு வருகிறது. கடந்த மூன்று ஆண்டுகட்கு முன்னர் மேற்கொள்ளப்பட்ட முடிவுப்படி, திருநெல்வேலிக் கும் செங்கற்பட்டுக்கும் இந்த இரு கல்லூரிகளுக்கும் குறைந்தது 30 இலட்சம், 35 இலட்சம் ரூபாய் செலவில் படுக்கை வசதிக்காக மருத்துவ மனைப் பகுதிகளை அதிகப்படுத்துவதற்காக நிதி ஒதுக்கி பல கட்டடங்களும் பிற தேவைகளையும் உருவாக்கியிருக்கிறோம். அதைப் போல அங்கே எந்தெந்த அளவுக்குப் பேராசிரியர்களோ, துறைத்தலைவர்களோ, துறை யினுடைய உதவியாளர்களோ இல்லையென்று தெரிவித்தார்களோ, அவர் களை அந்தக் கல்லூரிகளிலே நியமிப்பதற்கான ஏற்பாடு எல்லாம் மேற் கொண்டிருக்கிறோம். ஆகவே இன்னும் ஒரு ஆறு திங்களுக்குள்ளாகவே —இந்த ஆண்டு இறுதிக்குள்ளாக இந்திய மருத்துவக் கழகம் அந்தக் கல்லூரிகளையும் அங்கீகரித்துவிடும் என்று நான் எதிர்பார்க்கிறேன். அதைப் போலவே இங்கே பேசிய திரு. வெங்கடேஸ்வர தீக்ஷிதர் அவர்கள் மருத்து வர்கள் "பிரைவேட்" ஆக மருத்துவம் செய்ய அனுமதிக்கக்கூடாது, அதனால் சிக்கல்கள் ஏற்படுகின்றன என்றெல்லாம் சொன்னார்கள். "பிரைவேட் பிராக்டிசை" அரசாங்கம் ஆதரித்து "என்கரேஜ்" செய்ய வில்லை. அதை ஆதரிக்கவில்லை. "கன்சல்ட்டேஷன் ரைட்" டாக்டர் களுக்கு இருக்கிறது. அந்த "கன்சல்ட்டேஷன் ரைட்" இருக்கும் டாக்டர்கள் சில இடங்களில் பிராக்டிஸ் செய்வார்களேயானால், இரண்டுக்கு மிடையே அதிக வேற்றுமை காண முடியாது. அதைப் போல சில இடங்களில் டாக்டர்களை தனிப்பட்டவர்கள் விரும்பிக் கூப்பிடுகிறபோது, அவர்கள் அந்த இடங்களுக்குச் சென்று சிகிச்சை வழங்கவில்லையென்று சொன்னால், அவர்களுக்கு மருத்துவர்களால் கிடைக்கக்கூடிய உதவி வேறு எந்த வழியிலும் கிடைக்காமல் போய்விடும். சில இடங்களில் சில டாக்டர்கள் சம்பாதிக்கிறார்களே என்று நாம் கண்டிப்பதில் பொருளில்லை.

டாக்டர்கள் சம்பாதிப்பதை நிறுத்துவதை நம்முடைய நோக்கமாகக் கொள்வதை விட அந்த சர்வீஸ் பரவலாக பொதுமக்களுக்குக் கிடைக்க வேறு வழி உண்டா என்பதையே நாம் பார்க்க வேண்டும். மருத்துவ மனைகளுக்கு வரக்கூடியவர்கள், மருத்துவ மனைக்கு வந்து காலை நேரத்திலே சிகிச்சை பெறுகிறவர்கள் 350 பேர், 400 பேர். டாக்டர்களை வீட்டிலே சந்திக்கக் கூடியவர்கள் 100 பேர் இருக்கிறார்கள் என்று சொன்னால், ஒரு பக்கம் டாக்டர்கள் சம்பாதிக்கிறார்கள் என்று கோபம் வந்தால் கூட, மருத்துவ மனைக்கு வருகிறவர்களில் 100 பேர் குறைந்தார்களே என்ற திருப்தியும் இன்னொரு பக்கம் எனக்கு வருகிறது. இன்றைய தினம் மாண்புமிகு எதிர்க் கட்சித் தலைவர் திரு. ராஜாராம் அவர்கள் பல மருத்துவமனைகளில் கால் வைக்க இடமில்லை என்று சொன்னார்கள். இந்நிலையில் பிரைவேட் பிராக்டிஸ் தடுக்கப்பட்டால், ஆஸ்பத்திரியில் என்ன நடக்கும்? எட்டிப் பார்க்கக்கூடிய இடம் இருக்காது. எனவே தான் அதனால் ஏற்படக்கூடிய நன்மை தீமை இரண்டையும் நாம் பார்க்க வேண்டியிருக்கிறது. அதைப் போலவே ஆந்திராவில் பிரைவேட் பிராக்டிஸ் கூடாது என்று ஒரு ஆணை பிறப்பித்தார்கள். அதைச் செயல்படுத்தியபோது, அது முழுமையாக வெற்றி பெறவில்லை என்ற உணர்வு தான் அங்கே ஏற்பட்டிருக்கிறது. ஆனால் சூழ்நிலை மாறுகிறபோது, அந்த நிலைமையும் மாறக்கூடிய ஒரு நல்ல சூழ்நிலை வரலாம். சூழ்நிலை மாற வேண்டும். மேலும் தனிப் பட்ட பிராக்டிஸ் தடுக்கப்பட அரசாங்கத்திலே இருக்கக்கூடிய டாக்டர்களின் ஊதியம் உயர்த்தப்பட வேண்டும். இப்பொழுதுள்ள நிலைமை என்ன வென்றால், ஊதியத்தை உயர்த்திக் கொடுத்தாலும் கூட பிரைவேட் டாக அவர்கள் பிராக்டிஸ் செய்யக் கூடும். அதைச் சட்டப்படி தடுப்பது என்று சொன்னால், அது "பிரொபிஷன்" (Prohibition) மாதிரி ஓரளவுக்குத்தான் வெற்றி பெற முடியும். தவறு செய்கிறவன் தப்பி விடாதபடிக்கு இருக்கிற ஒரு சமுதாயமாக நாம் இருக்க வேண்டுமானால், முற்போக்கான திட்டம் என்ற பெயரால் கொண்டுவரக் கூடிய திட்டங்களைக் கூட கூடுமானவரை தகுந்த சூழ்நிலையைப் பார்த்துத்தான் நிறைவேற்ற வேண்டும். அந்தச் சூழ்நிலை இப்பொழுது வந்திருக்கிறது என்று எனக்குத் தோன்றாத காரணத்தினாலே நான் அதிலே அவ்வளவு தீவிரம் காட்டவில்லை என்பதை இங்கே தெரிவித்துக் கொள்ளுகிறேன்.

அடுத்து, திரு. வெங்கடேஸ்வர தீக்ஷிதர் அவர்களும் மற்றவர்களும் பேசுகிறபொழுது, "டெட்டனஸ்" ஏற்படுகிறதன் காரணமாக அறுவை சிகிச்சை நிலையங்கள் (ஆப்பரேஷன் தியேட்டர்ஸ்) மூடி வைக்கப்படுகின்றன என்று சொன்னார்கள். பாதுகாப்பாக மூடி வைக்கப்படுகின்றன என்றும் குறிப்பிட்டார்கள். மூடி வைப்பதற்காக நான் உண்மையிலேயே வருத்தப் படுகிறேன். ஆனால் உண்மை நிலைமை என்னவென்று பார்த்தால், நம்முடைய சுற்றுப்புறச் சூழ்நிலையில் டெட்டனஸ், வீட்டிலே இருக்கக் கூடிய நோயாளிக்குக் கூட வந்து விடுகிறது. அறுவை சிகிச்சைக்கே போகவில்லை என்ற நிலைமையிலே கூட அண்மையிலே எனக்குத் தெரிந்த ஒரு நண்பருடைய துணைவியாருக்கு டெட்டனஸ் ஏற்பட்டது அவர் வீட்டிலே இருக்கிறபொழுது. ஆக அறுவைச் சிகிச்சை நிலையத்திலே ஏற்பட்டு விடுகிறது என்று சொன்னால் அங்கே விபத்தில் அடிபட்டவர்கட்கும் ஆப்பரேஷன் நடைபெறுகிற காரணத்தால்—இப்படி ஏற்பட ஏதுவாகிறது.

வெறி நாயினுடைய கடியால் மட்டுமின்றி அதனுடைய எச்சில் பட்டால் கூட அந்த வெறி நாயினுடைய பலன் வந்து விடக்கூடும் என்று சொல்லுவது மாதிரி, அந்த டெட்டனஸினுடைய ஆபத்து இருக்கிறது. ஒரு ஆப்பரேஷன் தியேட்டரிலே வந்து விட்டது என்று சொல்லி அது மூடி வைக்கப்படுமேயானால், அது மீண்டும் நிச்சயம் வராது என்ற நம்பிக்கை ஏற்பட்ட பிறகுதான், அதை மறுபடியும் திறக்க வேண்டி யிருக்கிறது. அந்த நம்பிக்கை ஏற்படுவதற்கு அதற்குச் செய்ய வேண்டிய எல்லாவிதமான பரிகாரங்களும் செய்யப்பட்டு மறுபடியும் அங்கே வருகிற வர்களுக்குச் சிகிச்சை அளிக்கிறபொழுது, நோயாளிக்கு எவ்வித ஆபத்தும் ஏற்பட இடமில்லை என்று உறுதி செய்தே திறக்கப்படுகிறது.

(பிற்பகல் 7–20)

அப்படிப்பட்ட எந்த இடத்தையும் பயன்படுத்துகிறபோது தீமை ஏற் படாது என்று திட்டவட்டமாகத் தெரிந்த பின்னுலேதான் பயன்படுத்த முடியுமே தவிர "ஆபரேஷன் சக்சஸ்புல், பேஷன்ட் டைடு", என்ற முறையிலே செயல்படுத்துவது வரவேற்கத்தக்கதல்ல. திரு. சுவாமி நாதன் அவர்கள் இங்கே பல்வேறு கருத்துக்களைச் சொல்லுகிறபோது **Bare - foot doctors** என்ற ஒரு நடை முறையை ஏற்படுத்துவது நாட்டுக்கு நல்லதல்ல என்றூர். அதற்காக நான் நன்றி தெரிவிக்க விரும்புகிறேன். அதே போல் நம்முடைய நாட்டிலே மருத்துவர்களை நியமிக்கிற இடங்கள், அது "ப்ரைமரி ஹெல்த் சென்டரோ", டிஸ்பென் சரியோ எதுவானுலும், கஷ்டமான இடங்களுக்குச் சென்று அவர்கள் பணியாற்ற வேண்டியிருக்குமானுல், அதற்காக அவர்களுக்குச் சில சலுகைகளைத் தர வேண்டுமென்று சொன்னூர்கள். அப்படிப்பட்ட டாக்டர்களுக்கு சலுகைகளைத் தருவது என்ற ஒரு பழக்கத்தை ஏற்றுலுங் கூட, அந்தச் சலுகைக்காக ரூபாய் 100, ரூபாய் 200 அளவு அடையாளத் தொகையாகத்தான் தர முடியும். இப்போதே ஆரம்ப சுகாதார நிலையத் திலே பணியாற்றுகிறவர்களுக்கு ஒரு சிறப்பு அலவன்ஸ் இருக்கிறது. அதாவது அவர்களுக்கு ரூரல் அலவன்ஸ் என்று வழங்கப்படுகிறது. அப்போதும் அவர்களிலே சிலருக்குத் திருப்தியில்லை. வேலை கிடைக்க வில்லை என்று சொல்லுகிறபோது, அந்த வேலை கிடைத்தால் போதும் என்கிறூர்கள். ஆனுல் அவர்கள் வேலை செய்ய வேண்டிய ப்ரைமரி ஹெல்த் சென்டர் அவர்களுக்குத் திருப்தியாக இல்லை என்று சொன்னுல், அங்கே தங்க மறுக்கிறூர்கள். தங்களுக்கு வசதியான சில இடங் களுக்குப் போகவே விரும்புகின்றனர். ஆனுல் தற்காலிகமாக டாக்டர்கள் வேலைக்குச் சேருகிறபோது, "டெம்பரரி ரெக்ரூட்மென்ட் பை தி டிபார்ட் மெண்ட்" அப்போது ஒரு தனி கேடராக (Cadre) பிரித்து காச நோய்ப் பணி, தொழு நோய்ப் பணி, டிபிகல்ட் டெரெய்ன் சர்வீஸ் என்ற முறையில் உள்ள பணிகளையெல்லாம் இணைத்து தனியாகக் குறிப்பிட்டு இவைகளில் ஒரு ஐந்தாண்டுக் காலம் பணியாற்றினுல், அவர்களுக்கு **Priority will be given in temporary recruitment** என்ற முறை வகுத்துச் செய்தால் அவர்கள் விரும்பி இந்தப் பணியை நிறைவேற்றுவர் என்பது என் கருத்து. தொழுநோய்ப் பணியோ, அல்லது காச நோய்ப் பணியோ அல்லது **Work in different terrain** இதை

எடுத்துக்கொள்கிறவர்களுக்கு முன்னுரிமை கொடுத்து வேலை தந்து விட்டால் அந்த அளவுக்கு அந்தப் பணியிலேயிருந்து அவர்கள் விலகிச் செல்ல முடியாது. விரும்புகிறவர்களை அவ்வாறு ஏற்றுக்கொள்ளலாமா என்று நாங்கள் ஆலோசித்துக்கொண்டிருக்கிறோம். ஆனால் மருத்துவர்கள் எந்த அளவுக்கு இதை ஏற்றுக்கொள்வர் என்பது நடைமுறையில் பார்த்தால் தான் தெரியும். அதே போல சேலத்திற்கு மருத்துவக் கல்லூரி வேண்டுமென்று சொன்னார்கள். திரு. முத்துசாமி அவர்களும் கேட்டார்கள். கொள்கை அடிப்படையிலே சேலத்திலே ஏற்படுத்த வேண்டுமென்பது என்னுடைய ஆசை. ஆனால் குறைந்தது முதலிலே ரூ. 1 கோடி நிதி தேவை. அதற்குப் பின்னாலே இரண்டு ஆண்டுகாலத்திலே மேலும் ரூ. $1\frac{1}{2}$ கோடியிலிருந்து ரூ. 2 கோடி தேவை. முதல் ஒரு கோடி இருந்தால் அங்கு தொடங்குவதற்கு தயாராக இருக்கிறேன். ரூ. 30 லட்சம், ரூ. 25 லட்சம் மட்டும் கிடைக்கும். அதை வைத்துக்கொண்டு தொடங்கி, திருநெல்வேலி கல்லூரியைப் போல, செங்கற்பட்டு கல்லூரியைப் போல 10 ஆண்டுகாலம் ரெகக்னிஷனுக்காக இந்திய மருத்துவ கழகத்தினிடத்திலே வாதாடிக்கொண்டிருப்பது என்பது இந்தக் கால நடைமுறைக்குப் பொருந்தாது. ஆகவே, ஒரு கல்லூரியைத் தொடங்குவதற்கு முன்னாலே, கல்வி நிலையங்களுக்கு மட்டும், கல்லூரிக் கல்வி கட்டிடப் பகுதிக்கு மட்டும் குறைந்தது ரூ. 1 கோடி தேவை. "லேபரடரி பெசிலிட்டிஸ்" முதலானவற்றிற்கு ரூ. 25 லட்சம் தேவை. மருத்துவ மனை படுக்கை வசதியோடு இருக்கக்கூடிய கட்டடங்களைக் கட்டுவதற்கு இன்னும் ஒரு கோடி ரூபாய் தேவை. ஆகவே, இந்த ரூ. 2 கோடி அளவுக்கு மூன்று ஆண்டு காலத்திலே, ஐந்தாண்டு காலத்திலே நிதி கிடைக்குமென்று நம்பிக்கை இருக்குமானால், நாம் அதிலே ஈடுபடலாம். ஆகவே, அதைத்தான் அடிப்படையாக வைத்துக் கருதிக்கொண்டிருக்கிறோம் என்பதைத் தெரிவித்துக்கொள்ள விரும்புகிறேன். திரு. வசந்த பாய் அவர்கள் மேல் நாட்டு நிலைமையை எல்லாம் ஒப்பிட்டுக் காட்டினார்கள். நாம் சினிமாவிலேதான் அதைப் பார்க்க முடியுமே தவிர அதைப் பார்த்து நாமும் மகிழ்ச்சியடையலாமே தவிர, நம்முடைய நாட்டிலே அதைப் பார்க்கவே முடியாது. நம்முடைய அறிவு, ஆற்றல் எல்லாம் வளர்ந்திருக்கலாம். அது வேறு, நம்முடைய நிபுணர்கள் மிகவும் திறமையான அறுவை சிகிச்சையில் "ஓபன் ஆர்ட் சர்ஜரியிலே" கூட வெற்றி பெறக்கூடிய தகுதிகளைப் பெற்றிருக்கலாம். புதுமைகளைக்கூட கண்டுபிடிக்கலாம். ஆனால் மேலை நாடுகளில் உள்ள வசதிக்குக் காரணம், ஒரு சதுர மைலுக்கு அமெரிக்காவிலே 58 பேர், 60 பேர் தான். இங்கே சதுர மைலுக்குக் கணக்குப் பார்த்தால் 400 பேர். சென்னை நகரத்திலே கணக்கெடுத்தால் ஒரு சதுர மைலுக்கு ஒரு லட்சம் பேருக்கு மேல் தேறுவார்கள். சராசரிக் கணக்கில் சதுர மைலுக்கு 400 பேர் கொண்ட நாடாக இருக்கிறபோது 58 பேர், 60 பேர் என்று இருக்கிற ஒரு சூழ்நிலையில் பொருளாதார வளர்ச்சியிலே அவர்களுக்கு இருக்கிற வாய்ப்பும், வசதிகளும் மிக அதிகம். அவர்கள் அமைக்கிற அந்தக் கட்டடங்களைக்கூட நாம் இங்கே காணமுடியாது.

Without air-condition nothing is going on there.
With air-condition nothing is going on here,

"ஏர் கண்டிஷன்" ஏற்படுத்திய இடத்திலேகூட "ஏர் கண்டிஷன்" தொடர்ந்து வேலை செய்யாது. இங்கே நம்முடைய நிலைமைக்கும் அவர்களுடைய நிலைமைக்கும் தலைகீழ் மாற்றம். அதை ஒப்பிடுவது நம்முடைய நிலைமைக்கு ஒத்துவராது. நம்முடைய நிலைமையிலேயிருந்து எப்படி எப்படி உயருவது என்பதற்கு, சில நேரத்திலே மேல் நாட்டைப் பார்த்து விட்டு நாம் நம்முடைய நிலைமைக்கேற்ப ஒரு மாற்றத்தை ஏற்றுக்கொள்கிற அளவுக்குத்தான் அது இருக்கும். நம்முடைய மேலவைத் தலைவருக்கு அது மிகப் பெரிய அனுபவம். ஆஸ்திரேலியாவுக்குப் போனபோது அங்கு அவருடைய உடல் நிலை மிகவும் பாதிக்கப்பட்ட நேரத்திலே அவர்கள் காப்பாற்றப்பட்டார்கள். அதற்கு அவர்களுக்கு வாழ்த்து சொல்லுகிறேன். இவர்களுக்குச் சிகிச்சை செய்தவர்களுக்கும் நான் நன்றி சொல்லுகிறேன். இல்லையானால் ஒருவேளை நம்மாலே காப்பாற்ற முடியாத நிலைமை ஏற்பட்டிருக்கும் என்பதிலே எனக்கு ஒன்றும் மறுப்பு கிடையாது. நம்மிடத்திலே இருக்கிற வசதி இந்த அளவுக்குதான் உள்ளது. ஏதோ இரண்டொரு இடத்திலே இரண்டொரு கருவிகள் சிறப்பாகக் கிடைத்தன. அந்தமருத்துவ மனையேகூட பாராட்டப்படுகின்றது. அந்த வகையிலே மருத்துவக் கருவிகள் எல்லா மருத்துவ மனைகளுக்கும் கிடைக்கிற அளவுக்கு வெளிநாட்டு செலாவணி நமக்கு இல்லை. கிடைக்கிற அளவுக்கு அதைப் பயன்படுத்திக் கொள்ளலாமென்று தெரிவித்துக் கொள்ள விரும்புகிறேன்.

அடுத்து, இங்கே சித்த மருத்துவத்தைப்பற்றி திரு. சுவாமிநாதன் அவர்களும் திரு. ஆதித்தன் அவர்களும் எடுத்துச்சொன்னார்கள். தமிழ் நாடு ஒன்றிலேதான் சித்த மருத்துவம் மூல பாடமாகக் கொண்டு இன்றைக்கும் நடைபெறுகிறது. தெற்கே உள்ள மாநிலங்களிலே மைசூர், ஆந்திரா, கேரளாவிலே சித்த மருத்துவம் என்ற பெயரைக்கூட மாற்றிக்கொண்டு சில பேர் ஆயுர்வேதம் என்று சொல்லிப் பயன்படுத்துவதும் சித்த மருத்துவம் தான். பெங்களூரிலே உள்ள "சித்தா மெடிகல் ட்ரீட்மெண்ட் செண்டரிலே" உள்ளவர்கள் கான்சரைப்பற்றி அதற்கு சில சித்த மருந்துகள் இருக்கின்றன என்று சொல்லியிருக்கிறார்கள். மேலும் அதைப் பற்றி ஆராய்ந்துபார்க்க வேண்டும். அதிலே அவர்கள் தந்துள்ள குறிப்பு இது.

"Siddhas were Dravidians in their origin and they were the greatest scholars of the ancient time. All the available texts after their names are in classical Tamil script and language. The science of medicine expounded by them is known as Siddha Vaidya or Siddha System of medicine which comprehends the entire system of Indian medicine."

திரு. ஜி. சுவாமிநாதன் : ஒன்று குறிப்பிட மறந்துவிட்டேன். கன்னியாகுமரி மாவட்டத்திலே இந்த போகர் வர்ம வைத்தியம் என்பதாக ஒன்று இருந்துகொண்டிருக்கிறது. சைனு நாட்டிலே இருப்பதைப்போல "அகுபஞ்சர்" என்று சொல்லுகிறார்களே அதைப்போல. அங்கே இருக்

கிறவர்கள் ஏதாவது அடி பட்டால் எலும்பு முறிந்தால் கையாலேயே தடவி அவர்களைத் தூங்கப் பண்ணுகிறார்கள். எலும்பைச் சேர்த்து விடுவதாகச் சொல்லுகிறார்கள். அதைக் கூட அமைச்சர் அவர்கள் ஆராய்ந்து ஏதாவது செய்ய முடியுமானால் அதுபற்றி ஆராய்ச்சி செய்ய வேண்டுமென்று கேட்டுக்கொள்கிறேன்.

மாண்புமிகு திரு. க. அன்பழகன் : தலைவர் அவர்களே, சித்த மருத்துவம் இப்படிப்பட்ட ஒரு தொன்மையுடையது மட்டுமல்ல, உயர்வுடையது என்றாலும் இன்றைக்கு அதனுடைய மூலங்கள் காப்பாற்றப்பட்டு அந்த நூலோடும் நூல் அறிவோடும் தொடர்பு படுத்தப்பட்டு அதிகமாக வழங்கப் படாத காரணத்தாலே சித்த மருத்துவத்தினுடைய சிறப்பு குன்றி கெடுகிறது என்பதைக் கண்டு நான் வேதனைப் படுகிறேன். இந்த நிலையை மாற்றுவதற்காக சில முயற்சிகளை நாம் எடுத்துக்கொண்டுள்ளோம். அதற்கு "மாடர்ன் சைன்டிபிக் அப்ரோச்" உள்ளவர்கள் சிலபேர் இதிலே ஈடுபட வேண்டுமென்று விரும்புகிறேன். ஒருவர், இருவர், டாக்டர் குருசாமி முதலியார் அவர்களைப்போல, இப்போதுள்ள டாக்டர் ரத்தினவேல் சுப்பிரமணியம் அவர்களைப்போல இதிலே உள்ள மருந்துகளுடைய தரங்களைப் பாராட்டி பல நேரத்திலே குறிப்பிடுகிறார்கள். இருந்தாலும் அது ஒரு பெரிய வளர்ச்சியடையவில்லை. அப்படியே பாராட்டினாலும், கடைசியாக என்ன ஆகிறது என்றால் ஒரு நாட்டிலே படையெடுத்துச் செல்லுகிறவர்கள் அந்த நாட்டிலே உள்ள ஆடவர்களை அழித்துவிட்டு, பெண்கள் இருப்பார்களேயானால், அவர்களை வேறுவிதமான உடையைப்போட்டு தங்கள் நாட்டுக்கு அழைத்து வந்து தங்கள் நாட்டுப் பெண்களாக ஆக்கிவிடுவார்கள் என்று கதையிலே கேட்கப்படுவதைப் போல் ஆகிவிடுகிறது. அதைப் போல சித்த மருந்துகளிலே உயர்ந்த மருந்து இருந்தால், அதை எடுத்து அலோபதியிலேயும் பயன்படுத்துகிறார்கள். அவ்வளவுதானே தவிர சித்த மருத்துவம் அதன் முறையின்படி வளர்ச்சியடைய உதவவில்லை.

Siddha as a system is not encouraged till to-day. ஆகவே அதற்குக் கிடைக்கவேண்டிய எல்லாவிதமான வளர்ச்சியும் ஒரு தனி மருத்துவ அடிப்படையிலே ஒரு தனித் தன்மையிலே நமக்குப் பயன்படுவதற்கு மட்டுமல்ல, உலகத்திற்கே "as a Science" பயன்பட வேண்டும் என்பது எனது அவா. பரத நாட்டியக் கலையைக் காப்பாற்ற வேண்டுமென்று நாம் உணருகிறோம். சிற்பக் கலையைக் காப்பாற்றுவதிலே நமக்கு அக்கறை இருக்கிறது. எப்போதோ புதைந்து போன நகரத்தினுடைய சின்னங்கள், அடையாளங்கள் அவைகளைத் தேடிக் காப்பாற்றுகிறோம். ஆனால் இன்னும் புதையாமல் இருக்கிற சித்த வைத்தியத்தைப் புதைந்துவிட நாம் விட்டுவிடுகிறோம் என்று சொன்னால், அது நம்முடைய அறியாமைச் சூழ்நிலையினாலே ஏற்பட்டுவிடுகின்றது. இந்த நிலையை மாற்றுவதற்கான பல்வேறு முயற்சிகளை நாம் எடுத்துக் கொண்டிருக்கிறோம்.கிடைத்த அளவுக்கு வெற்றி கிடைக்கட்டும். இல்லையானாலும் இந்த முயற்சி ஒரு நல்ல நோக்கத்திற்காக என்ற எண்ணத்திலே நாம் மகிழ்ச்சியடைய வேண்டும்.

(பிற்பகல் 7-30)

இன்று திரு. சுவாமிநாதன் அவர்கள் கூறியதைப்போல, தமிழ்நாட்டில் வர்மக்கலை இன்றும் நடைபெற்று வருகிறது. வர்மம் என்பதே பின்னர் "மர்மம்" என்று திருந்தியது—மர்மம் என்ருல் "சீக்ரெட்" என்பது. உடல் கூற்றில் பல்வேறு பகுதியிலுள்ள நரம்புகளை எல்லாம் இயக்கும் ஆற்றலை ஒரு குறிப்பிட்ட பகுதி நரம்புகள் பெற்றிருக்கின்றன. நெற்றியிலே நடு மையத்திலே அடிபட்டால் அவனுக்கு மூளை கலங்கிவிடும். அல்லது காதுக்குப் பக்கத்தில் சற்று கீழே ஒரு குறிப்பிட்ட இடத்தில் அடி பட்டால் அவனுக்கு மயக்கம் வரும். அல்லது முழங்காலுக்குக் கீழே ஒரு பகுதியில் ஒரு நரம்பைச் சுண்டிவிட்டால் அவன் செயலற்றுப் போய் விடுவான். இதைப்போல ஒருவன் அடிபட்டு மயக்கமுற்றுக்கிடந்தால் எந்த நரம்பை நீவி விடுவதன் மூலம் மயக்கத்தைப் போக்கலாம் என்றெல்லாம் சொல்லும் கலை வர்மக்கலை. அது ஏறத்தாழ இரண்டாயிரம் ஆண்டுகளுக்கு முன்பிருந்து தமிழ் நாட்டிலே மிகச் சிறப்பான தொடு கலையாக இருந்துவருகின்றது. அந்தக் கலையைத்தான் 1500 ஆண்டுகளுக்கு முன்பு தமிழ் நாட்டிற்கு யாத்திரீகர்களாக சீனர்கள் வந்த போது இங்கே வந்து பயின்று, மருத்துவக்கலையுடன் இது பற்றிய குறிப்புக்களையும் எடுத்துச்சென்று அதை முறைப்படுத்தியிருக்கின்ருர்கள். அது தான் இன்று அக்கு பஞ்சர் என்று அவர்களால் சொல்லப்படும் முறைக்கு அடிப்படை உண்மையாக இருந்துவருகின்றது. இன்றைக்கு அவர்கள் அக்கு பஞ்சர் முறையைத் தோற்றுவிக்கும்போது, சீன ஏடுகள் அவர்களுக்குக் காரணமாக இருக்கலாம். ஆனல் அதன் மூலம் தமிழ் நாட்டிலிருந்து தான் வந்தது என்பதை மறுப்பதற்கில்லை.

It is more Chinese basis that is adopted for acupuncture than Western basis. That basis is derived from Indian basis, that Indian basis is derived from Dravidian basis which is originally found in Tamil Siddha Literature.

ஆக தமிழிலிருந்து போனதுதான் இன்று அங்கே உருவாகியிருக்கின்றது. அந்தக் கலையை தமிழ் நாட்டிலே இன்றும் தொடர்ந்து திருநெல்வேலி மாவட்டத்திலும் கன்னியாகுமரி மாவட்டத்திலும் சிலர் தெரிந்து கைக்கொண்டு வருகின்ருர்கள். ஆனல் பிறருக்குச் சொல்லாவண்ணம் இரகசியமாக வைத்திருக்கின்ருர்கள். அதை இப்படி ரகசியமாக வைத்துக்கொண்டிருப்பதற்குக் காரணம், உயர்ந்த மனிதப் பண்போடு, விஞ்ஞான மனப்பான்மையோடு அதிலே மனத்தைச் செலுத்துவதற்குப் பதிலாக தீய மனமுள்ளவர்கள் தமது பகைவரைப் பழி வாங்குவதற்குப் பயன்படுத்திவிடுவார்களோ என்றும் அதை ஒருவருக்கொருவர் கெடுதல் செய்ய மனத்தில் ஏற்படும் வர்மத்தைத் தீர்த்துக்கொள்ளுவதற்காக இந்த வர்மக் கலையைப் பயன்படுத்திவிடுவார்களோ என்றும் ஐயங்கொண்டே அதைப் பரவலாகப் பலருக்கும் சொல்லாமல் இரகசியமாகவே வைத்துக்கொண்டிருக்கின்ருர்கள். அதிலே ஒரு சிறிய நூலை 90 அல்லது 100 சூத்திரம் கொண்டதொரு நூலை நான்கு நாட்களுக்கு முன்பு தாராபுரத்தில் நடைபெற்ற சித்த வைத்திய மகாநாட்டில் வெளியிட்டேன். இன்னும் சில

நூல்கள் கிடைக்கலாம் என்று சொல்லுகிறார்கள். அவற்றை வெளியிட மருத்துவ நூல்களை வெளியிடுவதற்காக அமைக்கப்பட்டுள்ள குழுவிலுள்ள டாக்டர் தியாகராஜன், டாக்டர் வேணுகோபால், டாக்டர் ஆனந்தகுமார் ஆகியோர் ஆர்வமுடையவர்களாக இருக்கின்றார்கள். இவர்களைக் கொண்டு மேலும் வர்மக்கலை நூல்களை வெளியிடுவதற்கான முயற்சிகளை மேற்கொள்ள இருக்கிறோம். அதே போல பழனி அறங்காவலர் குழு இப்படிப்பட்ட நூல்களை வெளியிடுவதற்கு உதவி செய்யும் முறையில் இரண்டு லட்சம் ரூபாயை ஒதுக்கி இதுவரையில் ரூ. 75 ஆயிரம் தந்திருக்கின்றார்கள். மிச்சமுள்ள தொகையையும் தர இருக்கின்றார்கள். அதைக் கொண்டு பல நூல்கள் வெளியிடப்படும். அதில் ஒன்று சித்த வைத்திய முறையில் அனுபவபூர்வமான மருந்துகள் பற்றி பழைய நூல்களிலுள்ள குறிப்புகளைக் கொண்டு சித்த மருத்துவரான அப்துல்லா என்ற பெரியவர் தொகுத்து எழுதியிருக்கின்றார். பத்துப் பகுதிகளாக எழுதியிருக்கின்றார். அதற்கு திறவுகோலாகவும், ஒரு நூலை எழுதியிருக்கின்றார். அவை 60 ஆண்டுகளுக்கு முன்னர் அச்சிடப்பட்டு பின்னர் அச்சிடப்படாமல் இருக்கின்றன. இவை மீண்டும் இப்போது அச்சேற்றப்பட்டுள்ளன. இப்படி வெளி வராத நூல்கள் வெளி வந்தும் மீண்டும் அச்சடிக்கப்பட வேண்டிய நூல்கள், சுவடிகளிலிருந்து எழுதப்பட வேண்டிய நூல்கள், ஒப்பு நோக்கிப் பார்க்கப்பட வேண்டிய நூல்கள், பழுது பார்க்க வேண்டியவை, மேலும் நமது நண்பர் திரு. ஆதித்தன் அவர்கள் சொன்னதைப்போல, மறைந்து போன ஏடுகளை எல்லாம் கண்டெடுத்து தொகுக்கப்பட வேண்டியவை பல இருக்கின்றன. சித்த மருந்துகளை எல்லாம் தயாரிக்கும் முறையை விரிவாக ஒழுங்கு படுத்துவதற்கு இந்த நூல்கள் பயன்படும். அதேபோல மூலிகைத் தோட்டமொன்று ஏற்படுத்தி கிடைத்தற்கரிய மூலிகைகளைப் பயிரிடுவதற்கான முயற்சிகள் எடுக்கப்பட்டிருக்கின்றன. ஆனால் நாம் எந்த முயற்சியை மேற்கொண்டாலும், இயற்கையானதொரு வளர்ச்சிச் சூழ்நிலை வரவில்லை. எல்லாம் தட்டுப்பட்டு தட்டுப்பட்டு சில இடையூறுகள் ஏற்பட்டு, ஊக்கமற்ற தன்மை ஏற்பட்டுவிடுகின்றது. இவற்றை மாற்றுவதற்காக முயற்சிக்கிறோம். கூடுமானவரையில், இன்னும் ஓராண்டு காலத்தில் ஏதாவதொரு வகையில் சித்த வைத்திய முறையை நிலை நிறுத்த முடியும் என்று நினைக்கிறேன்.

இங்கே பல ஆலோசனைகள் வழங்கப்பட்டன. அவற்றை நிச்சயமாக மனத்தில் கொள்ளுவேன். அதைப் போல இந்தத் துறையிலுள்ளவர்கள் இவற்றை எண்ணிப்பார்த்து அவற்றை நிறைவு செய்வதற்கு உரிய முறையில் செயலாற்றுவார்கள். அதன் மூலம் அங்கத்தினர்களின் மேலான எண்ணங்களும் விருப்பங்களும் நிறைவேறும் என்று தெரிவித்து மாண்புமிகு உறுப்பினர்கள் பேசும்போது இந்தத் துறையினைப் பாராட்டிப் பேசியதற்காக எனது நன்றியினையும் வணக்கத்தையும் தெரிவித்து என் உரையினை முடித்துக்கொள்ளுகிறேன். வணக்கம்.

மாண்புமிகு மேலவைத் தலைவர்: இத்துடன் இன்றைய நிகழ்ச்சிகள் முடிவுற்றன. அவை மீண்டும் 29—3—1975 சனிக்கிழமை மாலை 3 மணிக்குக் கூடும்.

பின்னர், அவை ஒத்திவைக்கப்பட்டது.

(பிற்பகல் 7–35)

4. அவைமுன் வைக்கப்பட்ட ஏடுகள்.

A. Statutory Rules and Orders.

150. Order issued with G.O. Ms. No. 236, Commercial Taxes and Religious Endowments, dated the 31st August 1974, exempting from liability to entertainments tax, show tax and additional surcharge, one benefit film show which may be conducted in the City of Madras and in the districts in connection with the National Teachers' Day Celebration on 5th September 1974. [*Laid on the table of the House under section*, 16 (4) *and* (3) *of the Tamil Nadu Entertainments Tax Act*, 1939 *Tamil Nadu Act X of* 1939) *and the Tamil Nadu Local Authorities Finance Act*, 1961 (*Tamil Nadu Act* 52 *of* 1961)].

151. Order issued with G.O. R. No. 421, Commercial Taxes and Religious Endowments, dated the 30th December 1974, exempting from liability to entertainments tax, show tax, additional surcharge on entertainments tax and additional surcharge on show tax, one cinematograph film show proposed to be held by the Headmistress, Immaculate Heart of Mary's Girls' High School, Avadi, at the Meenakshi Theatre, Avadi, on 19th January 1975. [*Laid on the table of the House under section* 16(4) *of the Tamil Nadu Entertainments Tax Act*, 1939 (*Tamil Nadu Act X of* 1939)].

B. Reports, Notifications and Other Papers.

£ 89. Note on Agriculture Demands, 1975–76. (**English and Tamil**).

£ 90. Performance Budget on Agriculture, 1975-76.

£ 91. Commercial Budget on Agricultural Engineering Workshop, 1975–76.

£ Circulated to all M.L.Cs. on 24th March 1975.

இணைப்பு I.

(295 ஆம் பக்கத்தில் 198*ஆம் எண்ணுள்ள உடுக்குறியிட்ட வினாவின் விடையைக் காண்க.)

தகுதியுள்ள ஆலோசகர்களைக் கொண்டு பின்வருபவை குறித்துப் பரிசீலிக்குமாறு வேளாண்மைத் தொழிற்கழகத்தைக் கேட்டுக் கொள்ளலாமென்று வேளாண்மைத் துறை அமைச்சர் அறையில் 6—11—73 அன்று நடைபெற்ற மாநில அளவிலான கூட்டத்தில் கருத்து தெரிவிக்கப்பட்டது.

(1) வெல்லத்தைச் சர்க்கரையாக மாற்றுவதால் கிட்டும் ஆதாயம்.

(2) கருப்பஞ்சாற்றுக் கசண்டிலிருந்து எரிசாராயம் தயாரிப்பதால் ஏற்படும் ஆதாயம்.

(3) எரிசாராயத்தை மோட்டார் எரிபொருளான பெட்ரோலாக மாற்றுவதால் ஏற்படும் ஆதாயம்.

பெருமளவிலான தொழில் நுட்ப சாத்தியக் கூறுகளையும், பெட்ரோல் கலந்த "எதில் ஆல்காஹால்" கலவையை ஆட்டோ மொபைல் இயந்திரங்களில் பயன்படுத்துவதையும் (இதன் மீது ஆயத்தீர்வை விதிப்பதினின்றும் மாநில அரசு விலக்கப்படுமாதலால்) இதனால் ஏற்படக் கூடிய செலவையும் கருத்தில் கொள்ள வேண்டும் என்று தொழில் துறை தெரிவித்தது. சில ஆண்டுகளுக்கு முன்னர் சுமார் 30 சதவீத அளவுக்குப் பெட்ரோலுடன் எரிசாராயம் சேர்க்கப்பட்டது. இந்தியத் தொழில் நுட்ப நிறுவனம் அல்லது அழகப்ப செட்டியார் தொழில் நுட்பக் கல்லூரி உதவியுடன் இது குறித்து ஆய்வு ஒன்று மேற்கொள்ளப்படலாம் எனவும் கூறப்பட்டது. விசைப் பொறி சாராயத்தை மோட்டார் எண்ணெயாக பயன்படுத்துவதிலுள்ள ஆதாயங்கள் பற்றி விவாதிக்க, தலைமைச் செயலகத்தில், 23–2–74-ல் நடைபெற்ற கூட்டத்தில் மோட்டார் எண்ணெயாக விசைப்பொறி சாராயத்தை அதாவது பெட்ரோலை, பயன்படுத்துவதிலுள்ள ஆதாயங்களைக் குறித்த புள்ளி விவரங்களையும், தமிழ்நாடு வேளாண்மை பொறியியல் பணி கூட்டுறவு கூட்டமைப்பு சேகரித்து அரசுக்கு அனுப்ப வேண்டுமென்று முடிவு செய்யப்பட்டது.

இதன்படி கிண்டி பொறியியல் கல்லூரியிலும், சென்னை, புதுடெல்லி இந்திய தொழில் நுட்ப நிறுவனங்களிலும், விரிவான சோதனைகள் நடத்தப்பட்டன. திருவாளர்கள் கூப்பர் என்ஜினியரிங் ஒர்க்ஸ், சதாரா, மகாராஷ்டிரா மாநிலம், சென்னை என்பீல்டு இண்டியா நிறுவனத்தைச் சேர்ந்த வேளாண்மைப் பொறியியல் பிரிவு போன்ற சில நிறுவனங்களுட் சோதனைகள் நடத்தியுள்ளன. விசைப் பொறி சாராயத்தை எரிப்பொருளாக பயன்படுத்துவதற்கு என்றே பொறிகளை உருவாக்கும் அளவுக்கு

* Circulated to all M.L.Cs. on 22nd March 1975.

திருவாளர்கள் கூப்பர்ஸ் எஞ்ஜினியரிங் ஒர்க்ஸ் போன்ற நிறுவனங்கள் முயற்சி எடுத்துள்ளன. இந்திய தொழில் நுட்ப நிறுவனமும், கூடுதலாக சில இணைப்புக் கருவிகளை உருவாக்கியுள்ளன. இவற்றைப் பயன்படுத்துவதன் மூலம் டீசல் பொறிகள், 30 சதவீதம் டீசல் எண்ணெயுடனும் எஞ்சிய சதவீதம் சாராயத்துடனும் ஓட்டப்படலாம். ஆக்ரோ என்ஜினியரிங் நிறுவனமும் சில விரிவான சோதனைகள் நடத்தி, சாராயத்தைக் கொண்டு தக்கபடி பொறிகளை ஓட்டும் வகையில் சில கூடுதல் கருவிகளையும் உருவாக்கியுள்ளது.

சுருக்கமாகக் கூறின், டீசல் எண்ணெ எந்திரங்களை ஓட்டுவதற்கு எரி சாராயத்தைப் பயன்படுத்த சாத்தியக் கூறுகள் உள்ளன.

தமிழ்நாடு சட்டமன்றப் பேரவை TAMIL NADU LEGISLATIVE ASSEMBLY வாய்மையே வெல்லும் TRUTH ALONE TRIUMPHS

இணைப்பு II.

[302 ம் பக்கத்தில் இனம் 3-க்கான அடிக்குறிப்பைக் காண்க.]

மருத்துவத் துறை கொள்கை விளக்கக் குறிப்பு

மாண்புமிகு மேலவைத் தலைவர் அவர்களே :

"மருத்துவப் பணிகள்" என்ற தலைப்பின்கீழ் அரசுக் கொள்கையின் முக்கிய கூறுகளை மேலவையின் முன் வைக்க நான் விழைகிறேன்.

வளங்கெழு அரசின் தலையாய குறிக்கோள்களில் ஒன்று, மக்களுக்குப் போதுமான மருத்துவ வசதி அளிப்பதாகும். ஒரு நாட்டின் வளர்ச்சியும் வளமையும் அந்நாட்டுக் குடிமக்களுடைய சிறந்த நல்வாழ்வுடன் பின்னிப் பிணைந்துள்ளது. நகரங்களிலும் கிராமங்களிலும் வாழுகின்ற மக்களுக்கு, உடனடியாக மருத்துவப் பணிவசதிகள் கிடைக்கச் செய்யும்பொருட்டு இப்பணி வசதிகளைப் பெருக்கி, அது நாளது வரையிலான முன்னேற்றங்களைக் கொண்டதாகவும், மிகத்திறமையுடன் பணியாற்றுவதாகவும் அமைக்கும் பொருட்டு நாம் பெருமுயற்சிகள் எடுத்து வந்துள்ளோம்.

அடுத்தடுத்த இரண்டு ஐந்தாண்டுத் திட்டங்களில் மருத்துவம், மக்கள் நல்வாழ்வு ஆகியவற்றுக்குச் செய்யப்பட்ட நிதி ஒதுக்கீடு

1975 மார்ச் 27]

விவரங்களைக் கீழ்க்காணும் புள்ளிவிவரத்திலிருந்து அறியலாம்:—

நீர்வழங்கல் உட்பட மருத்துவம், மக்கள் நல்வாழ்வு.

	திட்ட ஒதுக்கீடு	செலவு.
	(ரூ. இலட்சத்தில்.)	
முதல் ஐந்தாண்டுத் திட்டம்	..	642
2-வது ,, ,,	1435	1442
3-வது ,, ,,	2150	2617
மருத்துவம், மக்கள் நல்வாழ்வுமட்டும்.		
நான்காவது ஐந்தாண்டுத் திட்டம்	1610	1533 (தற்காலிகமானது)
5-வது ,, ,,	5000 (தோராயமானது)	

மருத்துவ வசதிகளைப் படிப்படியாக விரிவுபடுத்தும் கொள்கை 1975-76-லும் தொடர்ந்து தலையாய இடத்தைப் பெறும்.

மருத்துவக் கல்வித் துறை செயல்படுவது பற்றிய முக்கியக் கூறுகள் கீழே கொடுக்கப்பட்டுள்ளன.

II (a) மருத்துவக் கல்வி.

தற்போது அரசு 8 மருத்துவக் கல்லூரிகளை நடத்தி வருகிறது. இவற்றில் ஆண்டுதோறும் 1,015 மாணவர்கள் சேர்த்துக் கொள்ளப்படுகின்றனர். பி ஃபார்மஸி படிப்பு தற்போது மதுரை மருத்துவக் கல்லூரியில் நடத்தப்படுகிறது. இதில் 20 மாணவர்கள் பயில்கின்றனர். பி ஃபார்மஸி வகுப்புகளில் சேர விழைவோர் எண்ணிக்கை மிக அதிகமாக இருந்தபடியால், அரசு, 1974 ஜூலையில் செங்கற்பட்டு மருத்துவக் கல்லூரியில் பி ஃபார்மஸி வகுப்புகளைத் தொடங்கியுள்ளது. சென்னை மருத்துவக் கல்லூரியில், சமூக நோய்த்தடுப்பு மருந்தியலில் எம்.டி. பட்டப் படிப்பு புதிதாகத் தொடங்கப்பட்டுள்ளது. மயக்கமருந்தியலில் எம்.டி. படிப்பிற்குச் சேர விழைவோர் தொகை மிக அதிகமாக இருந்தபடியால், அதற்கேற்ப, இடங்களின் எண்ணிக்கையை உயர்த்தும் பொருட்டு நடப்பாண்டில், ஸ்டான்லி மருத்துவக் கல்லூரியில் மயக்கமருந்தியல் எம்.டி. பட்டப்படிப்பும்

[1975 மார்ச் 27

தொடங்கப்பட்டுள்ளது. இது, ஏற்கெனவே சென்னை மருத்துவக் கல்லூரியில் நடத்தப்படும் இந்தப் படிப்புடன் சேர்ந்ததாகும். நடப்பாண்டில் ஸ்டான்லி மருத்துவக் கல்லூரியில் முடநீக்கு இயல் பட்டயத் தகுதி படிப்பும் தொடங்கப்பட்டுள்ளது.

நடப்பாண்டில், தஞ்சை மருத்துவக் கல்லூரியைப் பட்ட மேற் படிப்பு நிலையமாக உயர்த்தியது இத்துறையில் புதியதொரு வளர்ச்சியாகும். எம்.டி. (பொது மருந்தியல்), எம்.டி. (பொது அறுவை சிகிச்சை இயல்) ஆகிய படிப்புகளுக்கும் அனுமதி வழங்கப்பட்டுள்ளது. இவ்வகுப்புகள் 1975 ஏப்ரலில் தொடங்கும். எம்.டி. (பொது மருந்தியல்) வகுப்பில் 5 பேரும், எம்.டி. (பொது அறுவை சிகிச்சை இயல்) வகுப்பில் 3 பேரும் சேர்த்துக் கொள்ளப்படுவர்.

கடந்த ஆண்டிற்குப்பின் ஏற்பட்டுள்ள மற்றுமோர் புதிய வளர்ச்சி, மதுரை மருத்துவக் கல்லூரியில் 1975 ஜூலையில் எம்.ஃபார்மஸி படிப்பினைத் தொடங்க மதுரைப் பல்கலைக் கழகம் அனுமதியளித்திருப்பதாகும். மருந்தியல் ஆராய்ச்சி படிப்புத் துறையில், பி.எஸ்.சி. மருத்துவ ஆய்வுக்கூட தொழில் நுட்பப் படிப்பைத் தொடங்கும் செயற்குறிப்பு ஒன்றும் பரிசீலனையில் உள்ளது. இந்திய அரசிடமிருந்து உதவி கிடைக்கும் என நம்புகிறோம்.

சென்னைப் பல்கலைக் கழகத்தைக் கலந்தாலோசித்து டி.எம். (Gastro Enterology), டி.எம். (Nephrology) எம்.டி. (இதய நோய் மருந்து), உடல்சார் மருந்தியலில் பட்டயத்தகுதிப் படிப்பு ஆகிய பாடமுறைகளைத் தொடங்குவதற்கான வாய்ப்பு பற்றி மருத்துவக் கல்வி இயக்குநர் பரிசீலனை செய்து வருகிறார்.

பட்ட மேற்படிப்பு, பட்டயத்தகுதி பற்றிய விவரங்கள் விவர அறிக்கை I-இல் கொடுக்கப்பட்டுள்ளன.

(b) புதிய மருத்துவக் கல்லூரிகளுக்கு இந்திய மருத்துவர் மன்றத்தின் அங்கீகாரம் பெறுதல்.

மொத்தமுள்ள 8 மருத்துவக் கல்லூரிகளில் செங்கற்பட்டிலும் திருநெல்வேலியிலும் உள்ள மருத்துவக் கல்லூரிகள் இந்திய மருத்துவர் மன்றத்தால் இன்னும் அங்கீகரிக்கப்படவில்லை. இந்த

1975 மார்ச் 27]

மருத்துவக் கல்லூரிகளில் உள்ள வசதிகள் போதுமானவையா என்பதுபற்றி ஆய்வு செய்யும்பொருட்டு அது ஆய்வு ஆணைக் குழுவொன்றை நியமித்துள்ளது. இந்த ஆய்வு ஆணைக்குழு அந்தக் கல்லூரிகளைப் பார்வையிட்டு, மன்றத்தின் விதிகளையும் தரங்களையும் நிறைவு செய்யும்பொருட்டுச் சில பரிவுரைகளைச் செய்துள்ளது. இப்பரிவுரைகளைச் செயற்படுத்த நடவடிக்கை எடுக்கப்பட்டு வருகிறது. கிடைக்கின்ற வசதிகளை மேம்படுத்தும் பொருட்டு, கடந்த 4 ஆண்டுகளில் செங்கற்பட்டு மருத்துவக் கல்லூரிக்கு ரூ. 45.52 இலட்சமும், திருநெல்வேலி மருத்துவக் கல்லூரிக்கு ரூ. 25.00 இலட்சமும், கோயம்புத்தூர் மருத்துவக் கல்லூரிக்கு ரூ. 36.00 இலட்சமும் செலவிடப்பட்டுள்ளன. மேற் சொன்ன இரு கல்லூரிகளுக்கும் அங்கீகாரம் பெறுவதற்காக இந்திய மருத்துவர் மன்றத்துடன் தொடர்புகொண்டு தொடர்ந்து முயன்று வருகிறோம்.

மருத்துவ ஆராய்ச்சி.

நம் மாநிலத்தில் மருத்துவ நிறுவனங்கள் அனைத்திலும், எல்லா நிலையங்களிலும் ஆராய்ச்சி நடத்தப்படுகின்றது. மருத்துவக் கல்வி வளர்ச்சிக்கு மருத்துவ ஆராய்ச்சி இன்றியமையாததாகும். மக்கள் பயனடைய வேண்டுமாயின், மருத்துவ அறிவியலின் முன்னேற்றத்திலும், அந்த அறிவைப் பயன்படுத்துவதிலும் எல்லா நிலையிலும் உள்ள பணியாளர்களும் பங்குபெறுவது மிக முக்கியமானதாகும். இதைக் கருத்தில் கொண்டு, மாநில அரசு, ஆராய்ச்சிப் பணிகளுக்கு ஊக்கமளித்து வருகிறது.

ஆராய்ச்சி இரண்டு வகைப்பட்டதாகும். செய்முறை அல்லது மருத்துவ ஆராய்ச்சி, அடிப்படை அல்லது கல்வி ஆராய்ச்சி. இதற்கு நிதி உதவி அளிக்கும் முக்கியமான நிறுவனங்கள் பின் வருமாறு :—

(1) மாநில அரசு.

(2) இந்திய மருத்துவ ஆராய்ச்சி மன்றம் போன்ற தேசீய நிறுவனங்கள்.

(3) உலக சுகாதார நிறுவனம், 'யூனிசெப்' போன்ற உலக நாடுகள் நிறுவனங்கள்.

(i) ஆராய்ச்சித் திட்டங்கள்.

தமிழ்நாட்டில் மருத்துவ அறிவியலிலும், மருத்துவக் கலையிலும் ஆராய்ச்சிப் பணியை ஊக்குவிப்பதற்காக மாநில மருத்துவ ஆராய்ச்சிக்குழு ஒன்று 1944 ஆம் ஆண்டில் அமைக்கப் பட்டது. ஆராய்ச்சிக்காக மானியங்கள் அளிக்குமாறு கேட்கும் வேண்டுகோள்களை இக்குழு பரிசீலித்து தகுதியுள்ள திட்டங் களுக்கு உதவியளிக்கிறது. இக்குழுவிடம் தற்போது ஆண்டொன்றுக்கு ரூ. 1,00,000 மொத்த மானியமுள்ளது.

(ii) தமிழ்நாடு மாநில ஆராய்ச்சிக்குழு.

இம் மாநிலத்திலுள்ள மருத்துவ நிலையங்களில் 1973-74, 1974-75 ஆம் ஆண்டுகளில் நிறைவேற்றப்பட்ட ஆராய்ச்சித் திட்டங்களும், செலவிடப்பட்ட தொகையும் கீழே கொடுக்கப் பட்டுள்ளன :—

1973–74, 1974–75 ஆம் ஆண்டுகளில் நிறைவேற்றப்பட்ட ஆராய்ச்சித் திட்டங்கள்.	திட்டங்களின் எண்ணிக்கை.		அனுமதிக்கப்பட்ட தொகை.	
	1973-74.	1974-75.	1973-74.	1974-75.
பழைய திட்டங்கள் (தொடர்ந்து நிறைவேற்றப்படுபவை).	23	24	30·500	34·300
புதிய திட்டங்கள்	40	59	50·530	1,19·820
மொத்தம் ..	63	83	81·030	1,54·120

இந்திய மருத்துவ ஆராய்ச்சிக் குழுவின் ஆதரவின் கீழ் கீழ்க்காணும் ஆராய்ச்சித் திட்டங்கள் 1974-75-ல் நிறைவேற்றப் பட்டு வருகின்றன.

(1) தொழுநோய் குறித்து நரம்பில் சீழ் கட்டிக்கொள்ளுதல் அதைக் கண்டறிந்து சிகிச்சை அளித்தல்.

(2) தொழுநோயினால் குறைந்துவிட்ட உறுப்புகளை அறுவைச் சிகிச்சை மூலம் குணப்படுத்துதல்.

(3) கிரந்திக் கிருமி எதிர்ப்பு உண்டாக்கும் பொருளைத் தயாரித்தல் (T. P. H. A).

(4) தைமஸ் சுரப்பிக்கும், (Moist) உயிரணுக்களுக்கும் இடையே உள்ள தொடர்பு பற்றிய ஆய்வு.

1975 மார்ச் 27]

(5) மனிதனின் பல் எனுமலில் புளோரிஸஸ் படிவது.

(6) நரம்புகள் வேலை செய்வதையும், நரம்பு தளர்ச்சிக்குச் சிகிச்சை அளிப்பது குறித்து ஆய்வு.

(7) நோய்க் குறியியல் குறித்த வட்டாரப் பதிவு அலுவலகம் (பல ஆவாரங்கள் கொண்டது).

(8) அமின்ஸ் காரணமாக ஏற்படும் ஒழுங்கீனங்கள் குறித்த ஆய்வு.

(9) பல்வேறு சமூக-பொருளாதார நிலையில் உள்ள குழந்தைகளுக்கு சிறுநீர்ப் பையில் அறிகுறி இல்லாமல் வரும் நோய்.

(10) புளோரிஸ் வாயு படிவதை மருத்துவ முறையில் கண்டு பிடித்து, தடுத்து சிகிச்சை அளித்தல்.

வாய்ப் புற்றுநோய்.

உலக சுகாதார நிறுவனத் திட்டம்.

சென்னை அரசு ராயப்பேட்டை மருத்துவமனையில் வாய்புற்று நோய் அறுவைச் சிகிச்சை குறித்து ஆராய்ச்சி நடத்துவதற்காக உலக சுகாதார நிறுவனம் 2,000 டாலர்களை அளித்துள்ளது. பிரச்சாரம் மூலம் சரும நோய் குறித்த ஆய்வு என்ற ஆராய்ச்சித் திட்டத்தை நடத்த உலக சுகாதார நிறுவனம் 2,000 டாலர்களை அளித்துள்ளது.

(iv) பெல்ஜிய நாட்டு உதவி.

சென்னை அரசு கண்நோய் சிகிச்சை மருத்துவ மனையில் ரூ. 7 லட்சம் செலவில் மைகோஷியோ நோய்க்குறியியல் நிலையத்தை (Mycotio Diagnostic Centre) அமைப்பதற்காகவும், அறிவியல் கருவிகளை வழங்குவதற்காகவும் ரூ. 30,000-த்துக்கும் பெல்ஜிய நாட்டு நிறுவனம் அளித்த உதவியை அரசு ஏற்றுக் கொண்டுள்ளது.

(v) மாணவர்களுக்கு உதவித்தொகை.

மேலும், மருத்துவ மாணவர்களிடையே ஆராய்ச்சி நடவடிக்கையை ஊக்குவிக்கும் பொருட்டு, சென்னை மருத்துவக் கல்லூரியிலும், மதுரை மருத்துவக் கல்லூரியிலும் ஆராய்ச்சிப்

TAMILNADU LEGISLATIVE ASSEMBLY
வாய்மையே வெல்லும்
TRUTH ALONE TRIUMPHS

பணியை மேற்கொள்ள விருப்பம் உள்ளவர்களும் கோடைக்காலத்தில் ஆராய்ச்சிப் பணியை நிறைவேற்றுவதில் பேராசிரியர்களுக்கு உதவுபவர்களுமான மருத்துவத்துறையல்லாத துறைகள் ஒவ்வொன்றிலுமுள்ள இரண்டு மாணவர்களுக்கு 1973-74-ல் மாதமொன்றுக்கு ரூ. 150 பயிற்சி உதவித் தொகையை தமிழ்நாடு அரசு வழங்கியுள்ளது.

(vi) காசநோய் ஆராய்ச்சி.

தற்போது காசநோய் மருத்துவ நிலையம் (T.B. Chemotherapy Centre) அமைந்துள்ள (எழும்பூர் அரசு மார்புநோய் சிகிச்சை நிலையம்) இடத்திலுள்ள நிலத்தையும் கட்டிடத்தையும் நன்கொடையாக அல்லது ஆண்டொன்றுக்கு ஒரு ரூபாய் பெயரளவு வாடகைக்கு விடுமாறு இந்திய மருத்துவ ஆராய்ச்சி மன்றம் இந்த அரசைக் கேட்டுக்கொண்டுள்ளது. இம்மன்றத்தின் பிரதிநிதிகள் நமது அதிகாரிகளுடன் விரிவாக விவாதங்கள் நடத்தியுள்ளனர். காசநோய் சிகிச்சை நிலையம் ஆற்றிவரும் பணியின் முக்கியத்துவத்தையும், இந்திய மருத்துவ ஆராய்ச்சி மன்றத்தினால் நிதியுதவி பெற்ற ஆராய்ச்சித் திட்டங்கள் ஆற்றி வரும் பணியின் முக்கியத்துவத்தையும் கருத்திற்கொண்டு நிலங்களையும், கட்டிடத்தையும் ஆண்டொன்றுக்கு ஒரு ரூபாய் என்ற பெயரளவு வாடகைக்கு விட அரசு முடிவு செய்துள்ளது. தென் வட்டாரத் தலைமையிடத்தை சென்னையில் அமைக்க இந்திய மருத்துவ ஆராய்ச்சி மன்றம் கருதியுள்ளது.

தனியார் மருத்துவ நிலையங்களுக்கு உதவி மானியம்.

(மக்கள் நல்வாழ்வுப் பணிகள்—குடும்ப நலத்திட்ட இயக்குநரால் நிர்வகிக்கப்படுவது.)

தனியார் நிறுவனங்கள், கழகங்கள், சங்கங்கள், கிறித்துவ நிறுவனங்கள் ஆகியவற்றின் நிர்வாகத்தில் உள்ள மருத்தவ நிலையங்களுக்கு உதவி மானியம் கொடுக்கப்பட்டு வருகிறது. இம்மாநிலத்தில் அளிக்கப்பட்ட வெவ்வேறு வகை மானியங்கள் கீழே கொடுக்கப்பட்டுள்ளன :—

I. தொடர் இன மானியங்கள்.

(i) தனியார் தொழுநோய் சிகிச்சை நிலையங்களுக்கு தலைவீத மானியங்கள்.

(ii) ஏனைய மருத்துவ நிலையங்களுக்கு பேணுதல் மானியங்கள்.

1975 மார்ச் 27]

II. தொடரா இன மானியம்

(i) கட்டிட மானியங்கள்.

(ii) கருவிகள் குறித்த மானியங்கள்

I. (i) **தனியார் தொழுநோய் சிகிச்சை நிலையங்களுக்கு தலைவீத மானியங்கள்.**—தொழு நோயாளி ஒருவருக்கு மாதம் ஒன்றுக்கு ரூ. 25 வீதமும், அந் நோயாளிகளை நம்பியுள்ள நல்ல உடல் நலமுள்ள குழந்தை ஒன்றுக்கு மாதம் ஒன்றுக்கு ரூ. 12 என்ற வீதத்திலும் இந்த மானியம் வழங்கப்படுகிறது. தொற்று நோயாளிகளுக்கும் சிகிச்சை அளிக்கவும், தொழுநோய் அறுவைச் சிகிச்சை செய்து கொள்பவர்களுக்கும், வெப்ப நாடுகளில் வரும் புண்களுக்காகத் தொழுநோய் வகையைச் சாராத நோயாளிகளுக்குச் சிகிச்சையளிப்பதற்கும் உள்ள தொழுநோய் சிகிச்சைத் தொண்டு நிறுவனங்களுக்கு மானியங்கள் கொடுக்கப்படுகின்றன. அத்தகைய நிறுவனங்கள் 12 உள்ளன. ஆண்டொன்றுக்குச் சராசரியாக 5 லட்சம் தலைவீத மானியமாக தமிழ்நாடு அரசிடமிருந்து பெறுகின்றன.

(ii) **தனியார் மருத்துவ நிலையங்களுக்குப் பேணுதல் மானியங்கள்.**—தகுதியுள்ள நிறுவனங்களுக்குப் பேணுதல் மானியம் அளிக்கப்படுகிறது. தணிக்கை செய்யப்பட்ட கணக்குகளைக் கொடுப்பதன்பேரிலும், அத்தகைய மானியங்களைக் கொடுப்பதற்கான நிபந்தனைகளை இந்நிறுவனங்கள் பின்பற்றுகின்றன என்று ஆய்வு அதிகாரிகள் மனநிறைவடைந்த பின்னரும் இந்த மானியங்கள் அளிக்கப்படுகின்றன. தமிழ் நாடு அரசிடமிருந்து 32 நிலையங்கள் பேணுதல் மானியத்தைப் பெற்று வருகின்றன. சராசரியாக ரூ. 26 லட்சம் உதவி மானியமாகக் கொடுக்கப்படுகிறது.

II. (i) **கட்டிட மானியங்கள்.**—மருத்துவக் காரியங்களுக்காகக் கட்டிடங்கள் கட்டுவதற்கும், நிலத்தைக் கையகப் படுத்துவதற்கும், ஒவ்வொரு பணியின் மதிப்பீட்டில் ஒரு பாதித் தொகை, மானியமாகத் தனிப்பட்ட நிறுவனங்களுக்கு அனுமதிக்கப்படுகிறது. ஒவ்வொரு நேர்விலும் அரசு முடிவு செய்கிற உயர்ந்தளவுக்குட்பட்டு இவ்வாறு அனுமதிக்கப் படுகிறது.

[1975 மார்ச் 27

1974-75-ல் கட்டிட மானியங்கள் அனுமதிக்கப்பட்ட நிறுவனங்களின் விவரம் கீழே கொடுக்கப்பட்டுள்ளது :—

(1) சுகாதாரத் தொண்டு நிறுவனம், அடையாறு, சென்னை —ரூ. 1,55,925.00

(2) ஏ. எஸ். பழனிசாமி நாடார், சுகாதார கூட்டுறவுச் சங்கம் லிமிடெட், மருத்துவமனை, தலைவாய்புரம், இராமநாதபுரம் மாவட்டம்—ரூ. 16,000.00.

கருவிகள் மானியம்.

கருவிகள் வாங்குவதற்கான செலவில் ஒரு பாதித் தொகை தனியார் மருத்துவ நிலையங்களுக்கு கருவிகள் மானியமாக வழங்கப்படுகின்றது. கருவிகளை நிறுவனங்கள் வாங்கிய பின்னரும் கருவிகள் வாங்கியது குறித்துத் தணிக்கை செய்யப்பட்ட கணக்குகளைக் கொடுத்த பின்னரும் அம் மானியங்கள் கொடுக்கப்படுகின்றன.

IV. கிங் நிறுவனம், கிண்டி.

கிண்டி கிங் நிறுவனம் 1899-ல் தொடங்கப்பட்டது. இம் மாநிலத்திற்கு அம்மைப்பால் ஊசி சேமித்து வைக்கும் நிறுவனமாக (Vaccine Lymph Depot) இது முதன் முதலில் ஏற்படுத்தப்பட்டது. கீழ் நாடுகளில், பொதுச் சுகாதார கருவிகள் தயாரிப்பு, கல்வி கற்பிக்கும், ஆராய்ச்சி நிலையமாக அது வளர்ச்சி அடைந்துள்ளது. அதனுடைய முக்கியப் பணிகள் கீழே கொடுக்கப்பட்டுள்ளன.

உறைய வைத்த அம்மைப்பால் மருந்து உற்பத்தியைப் பெருக்குதல்.

உறைய வைத்த அம்மைப்பால் மருந்து உற்பத்தி, யூனிசெஃப் உலக சுகாதார நிறுவன உதவித் திட்டத்தின் ஒரு பகுதியாக உள்ளது. இந்த நிறுவனங்கள் கருவிகளை வழங்கியுள்ளது. இதற்காகும் தொடர் இனச் செலவை மாநில அரசு ஏற்றுக் கொள்கிறது.

நமது மாநிலத்திற்குப் 12 மில்லியன் டோஸ் (Doses) உறையவைத்த அம்மைப்பால் மருந்து தேவைப்படுகிறது. 1970-71-ல் இந்நிறுவனத்தில் 12 மில்லியன் டோஸ் மருந்து

1975 மார்ச் 27]

உற்பத்தி செய்யப்பட்டு சென்னை மாநகராட்சிக்கும், இம் மாநிலத்திலுள்ள பொதுச் சுகாதாரத்துறைக்கும் வழங்கப் பட்டது.

நாட்டிலுள்ள 4 நிலையங்களில் இந்த நிறுவனம் ஒன்றாக யிருப்பதால் நாட்டின் தேவையை நிறைவு செய்ய இதன் உற்பத்தி அதிகமாக்கப்பட வேண்டுமென்று இந்திய அரசு கருதியது. அதற்கிணங்க உலக சுகாதார நிறுவனம், யூனிசெஃப் ஆகியவற்றின் உதவியுடன் இதன் உற்பத்தியை 24 மில்லியன் டோஸாகப் பெருக்கியது. கடந்த இரண்டாண்டுகளில் ஒவ்வொரு ஆண்டும் 24 மில்லியன் டோஸ் மருந்துகளை இந்த நிறுவனம் உற்பத்தி செய்துள்ளது என்பதைக் குறிப்பிடுவதில் நாம் மகிழ்ச்சியடைகிறோம்.

முந்நோய்த் தடுப்பு மருந்து

[தொண்டைப்புண், கக்குவான் மருந்து, தொண்டை, நச்சு எதிர்ப்பு.]

1969-ல் முந்நோய்த்தடுப்பு மருந்து, தொண்டைப்புண், கக்குவான் இருமல், நச்சு எதிர்ப்பு மருந்துகளை உற்பத்தி செய்வதற்குக் கீழ்க்காணும் கட்டிடங்களைக் கட்ட அரசு அனுமதி வழங்கியது.

1. அனேரபிக் கட்டிடம் (Anerobic)
2. பாம்புப்பண்ணை.
3. குதிரைகளுக்கு 25 லாயங்கள்.

இசிவு நோய்த்தடுப்பு மருந்து உற்பத்தி கீழ்க்கண்டவாறு பெருகியுள்ளது.

1969.	1973.	1974.
1.5 லட்சம் டோஸ்	3.5 லட்சம் டோஸ்	5 லட்சம் டோஸ்

டெட்டனஸ் டாக்சாயிடு (Tetanus Toxoid) உற்பத்தி 1971-ல் தொடங்கப்பட்டது. விவரம் கீழே கொடுக்கப்பட்டுள்ளது.

1971-72.	1973-74.	1974.
1.69 லட்சம் டோஸ்	2.7 லட்சம் டோஸ்	3.9 லட்சம் டோஸ்

தற்போது நமது மாநிலத்தின் தேவை முழுவதும் நிறைவு செய்யப்படுகிறது. இந்த உற்பத்தி 1975-ல் 8 லட்சம் டோஸ்களாக அதிகரிக்கப்படலாம்.

முந்நோய்த் தடுப்பு மருந்து உற்பத்தியும், நச்சு எதிர்ப்பு மருந்து உற்பத்தியும் தொடங்கப்படவில்லை.

(ஒருங்கிணைக்கப்பட்ட) தொண்டைப்புண் டெட்டனஸ் டாக்சாயிடு, கக்குவான் இருமல் மருந்து உற்பத்தி 1975-ல் தொடங்கப்படும் என்று எதிர்பார்க்கப்படுகிறது.

கருவிகள் வாங்குதல், கட்டிடங்கள் கட்டுதல், சில கூடுதல் பணியாளர்களை நியமித்தல் ஆகியவற்றிற்கான மூன்றாவது இறுதிநிலைச் செயற்குறிப்புகள் அரசின் பரிசிலனையிலுள்ளன. இச்செயற்குறிப்பிற்கு ரூ. 5 லட்சம் செலவாகும்.

மருத்துவமனைகள்

(a) கல்லூரியுடன் இணைந்த மருத்துவமனைகள்.

இம் மாநிலத்தில் கல்லூரியுடன் இணைந்த மருத்துவமனைகள் 18 உள்ளன. அவை விவர அட்டவணை II -ல் வைக்கப்பட்டுள்ளன. இந்த விவர அட்டவணை 1971-72-ஆம் ஆண்டுக்கான படுக்கைகளின் எண்ணிக்கையையும், 1975-76-ஆம் ஆண்டுக்காகத் திட்டமிடப்பட்டுள்ள படுக்கைகளின் எண்ணிக்கையையும் காட்டுகிறது. 1971-72-ல் படுக்கைகளின் எண்ணிக்கை 11,329 ஆகயிருந்தது. 1974-75-ல் இது 12,453 ஆக அதிகரிக்கப்பட்டுள்ளது. 1975-76-ல் 12,638 படுக்கைகளாக மேலும் அதிகரிக்கப்படும்.

கூடுதல் வசதிகளையளிக்கும் பொருட்டு ரூ. 163.12 இலட்சம் மதிப்புள்ள 30 திட்டங்களுக்கு நடப்பாண்டில் அரசு அனுமதி வழங்கியுள்ளது. இது குறித்த விவரங்கள் விவர அட்டவணை III-ல் கொடுக்கப்பட்டுள்ளன.

1975-76-ஆம் ஆண்டிற்காக, ரூ. 19.09 இலட்சம் மதிப்புள்ள 16 திட்டங்களுக்கு அனுமதி வழங்கப்பட விருக்கின்றது. விவரங்கள் IV-வது விவர அட்டவணையில் கொடுக்கப்பட்டுள்ளன.

1975 மார்ச் 27]

(b) மருத்துவக் கல்லூரியுடன் இணைந்த மருத்துவமனைகளின் முன்னேற்றம்.

(i) **புறநிலை நோயாளிகள் சிகிச்சை.**—புறநிலை நோயாளிகளுக்குச் சிறந்த முறையிலும் விரைவாகவும் சிகிச்சை அளிப்பதற்கு ஆய்வு ஒன்று நடத்தப்பட்டது. நோயாளிகளைச் சிகிச்சைக்காக மருத்துவமனையில் சேர்க்க அனுமதிக்கும் மருத்துவ அதிகாரிகள், முந்திய நாள் பார்த்த நோயாளிக்கு அடுத்த நாள் சிகிச்சை அளிப்பதற்கு இருப்பதில்லை என்றும், அவர்களது பணி சுமார் 2-3 மணி நேரம் வரைதான் அளிக்கப்படுகிறது என்றும் கண்டறியப்பட்டது. புறநிலை நோயாளி சிகிச்சைப் பிரிவில் வரும் கடுமையான நோய்க்கும் அதிர்ச்சிக்கும் உட்பட்ட நோயாளிகளைப் பிரித்து அவர்களுக்கு உடனடியாக சிகிச்சை அளிப்பதற்கான ஏற்பாடு ஏதும் இல்லை. இவர்களில் சிலர், அகநிலை நோயாளி சிகிச்சைப் பிரிவில் சேர்த்துக் கொள்வதற்கு முன்னர் நீண்ட நேரம் காத்திருக்க வேண்டியுள்ளது. இந்நிலையைப் போக்குவதற்காக, நோய்க் குறியீடுகளைச் சரியாகக் கண்டு பிடிக்கவும், அடுத்த நாள் வரும் நோயாளிகளுக்குச் சிகிச்சை அளிக்கவும், புறநோயாளி சிகிச்சைப் பிரிவுடன் இணைக்கப்படும் செயற்கை முறையில் உயிரூட்டும் பிரிவில் அவசர சிகிச்சை அளிக்க வேண்டிய நோயாளிகளுக்குச் சிகிச்சை அளிப்பதற்கும், முழுவதும் தகுதி வாய்ந்த இரண்டு மருத்துவ அதிகாரிகளை நியமிக்க அரசு ஒப்பளிப்பு வழங்கியுள்ளது. ஐந்தாவது ஐந்தாண்டுத் திட்டத்தில் ரூ. 9.7 இலட்சம் செலவில் இத்திட்டம் 1974-75 ஆம் ஆண்டில் 8 மருத்துவக் கல்லூரி மருத்துவமனைகளில் செயல்படுத்தப்பட்டுள்ளன. இதன் மூலம் புறநிலை நோயாளி சிகிச்சை அளிக்கும் முறையில் கணிசமான அளவு முன்னேற்றம் ஏற்பட்டுள்ளது. நான்கு மருத்துவக் கல்லூரி மருத்துவமனைகளில் தீவிர மருத்துவச் சிகிச்சைப் பிரிவை அமைப்பதன் மூலம் இப்பணியை மேற்கொள்ளக் கருதப்பட்டுள்ளது. புறநிலை நோயாளி சிகிச்சைப் பிரிவு மருத்துவ அதிகாரிகளால் சிகிச்சைக்கு சேர்க்கப்படும் அபாயமான நிலையிலும், அதிர்ச்சியுற்ற நிலையிலுமுள்ள நோயாளிகள், உயிர்ப் பாதுகாப்புச் சாதனங்கள் உள்ள தீவிர மருத்துவச் சிகிச்சைப் பிரிவுக்கு எடுத்துச் செல்லப்படுவர்.

[1975 மார்ச் 27

(ii) கூடுதல் வசதிகள்.—மருத்துவக் கல்லூரி மருத்துவமனை களுக்கு நடப்பாண்டில் கீழே குறிப்பிட்டுள்ள கூடுதல் வசதி களுக்கு அனுமதி வழங்கப்பட்டுள்ளது :—

(1) சென்னை, ஸ்டான்லி மருத்துவமனையில் 100 படுக்கைகள் கொண்ட தொகுதி ஒன்றைக் கட்டுதல்.

(2) சென்னை, ஸ்டான்லி மருத்துவமனையில் 100 படுக்கைகள் கொண்ட 'ராஃபில்' தொகுதி வார்டில் அடித் தளத்தின் ஒரு பகுதியையும், முதல் மாடி முழுவதையும் கட்டுதல்.

(3) சென்னை, கீழ்ப்பாக்கம் மருத்துவக் கல்லூரி மருத்துவ மனையில் மகப்பேறு தொகுதி கட்டுதல்.

(4) சென்னை, ராயப்பேட்டை அரசினர் மருத்துவமனையில் புற்று நோய்த் தொகுதி.

(5) சென்னை, ராயப்பேட்டை அரசினர் மருத்துவமனையில் புற்று நோய் தொகுதியின் அடித்தளம், முதல் மாடி, இரண்டாவது மாடி.

(6) சென்னை, கஸ்தூரிபா காந்தி மகளிர்-சிறார் அரசினர் மருத்துவ மனையில் குறைமாதக் குழந்தைகள் பிரிவு.

(7) தஞ்சாவூர், ஆர். எம். மருத்துவமனையில் சிசு நோய் மருத்துவ வார்டு.

(8) மதுரை, எர்ஸ்கின் அரசினர் மருத்துவ மனையில் சிசு நோய் மருத்துவப் பிரிவு.

(iii) 1974-75 ஆம் ஆண்டில் அனுமதிக்கப்பட்ட சாதனங்கள் :—

(1) B.D.I. X-கதிர் குழாய் உள்ளேயே பொருத்தப்பட்ட நோய்க் குறியறியும் B.E.L. புதிய குழாய் வாங்குதல்.

(2) குழந்தை நல மருத்துவமனைக்கு ஆய்வுக்கூட இரசாயன பொருட்கள் வாங்குதல்.

(3) திருநெல்வேலி மருத்துவக் கல்லூரிக்கு பர்ட்ஸ் சுவாசக் கருவி வாங்குதல.

1975 மார்ச் 27]

(4) திருநெல்வேலி மருத்துவக் கல்லூரிக்கு ஃப்ளேம் புகைப் படமானி வாங்குதல்.

(5) தெரமரைட் ஹைப்போ தெர்மியா இயந்திரம் (Thera· merite Hypo Thermia Machine) வாங்குதல்.

(6) மதுரை மருத்துவக் கல்லூரிக்கு பென்னட் சுவாசக் கருவி வாங்குதல்.

(7) சென்னை, ஸ்டான்லி மருத்துவக் கல்லூரிக்கு ஆஸ்ட்ரப் குருதி நுண்மங்கள் ஆய்வுச் சாதனம் வாங்குதல்.

(8) ராயப்பேட்டை அரசினர் மருத்துவமனைக்கு நடமாடும் குளிர்கலம் வாங்குதல்.

(9) D. X கதிர் இயந்திரத்தில் குழாய் மாற்றிச் செப்ப னிடுதல்.

(10) செங்கற்பட்டு, மருத்துவக் கல்லூரி மருத்துவமனையில் ஆக்ஸிஜன், நைட்ரஸ்-ஆக்ஸைடு உற்பத்தி இயந்திரங்களுக்கு வகை செய்தல்.

(11) சென்னை, அரசினர் பொது மருத்துவமனையின் மருத்துவ ஊர்திப் பிரிவுக்கு (இதய நோய்ச் சிகிச்சைப் பிரிவு) சில சாதனங்களை வாங்குதல்.

(12) சென்னை, அரசினர் மகளிர்-சிறார் மருத்துவ மனைக்கு கோபால்ட் 60 கதிர் வீச்சு மருத்துவ இயந்திரம்.

(13) ராயப்பேட்டை அரசினர் மருத்துவமனைக்கு 'ட்யூவல் டிரேஸ் மானிட்டர்'.

(iv) நீர் வழங்கல் ஏற்பாடு.—சென்னை மாநகரிலுள்ள மருத்துவமனைகளுக்கு மாநகராட்சி நீர்வாயில்களிலிருந்தும், மருத்துவமனை வளவுக்குள் அமைந்துள்ள கிணறுகளிலிருந்தும் நீர் வழங்கப்பட்டு வருகிறது. வறட்சி நிலைமையின் காரணமாக குறைவான அளவுக்கு நீர் வழங்கப்படுவதால், கூடுதலாக கிணறு களைத் தோண்ட வேண்டிய நிலை ஏற்பட்டுள்ளது. இதற்காக கடந்த 4 திங்களில் அரசு ரூ. 14.77 இலட்சம் வழங்க அனுமதி அளித்துள்ளது.

[1975 மார்ச் 27

(c) புதிய செயற்குறிப்புகள்.

(i) பாலரங்கபுரம் மருத்துவமனை.

மதுரை மாநகரில் கூடுதல் மருத்துவ வசதிக்காக வளர்ந்து வரும் தேவையையும் T.V.S. அதிகாரிகள் அளித்த ரூ. 5 இலட்சம் நன்கொடையையும் கருத்திற்கொண்டு தென்மதுரை பாலரங்க புரத்தில் T. V. S. அதிகாரிகள் அளித்த நன்கொடை உட்பட ரூ. 14.20. லட்சம் மதிப்பீட்டுச் செலவில் அரசினர் மருத்துவ மனை ஒன்றைப் புதிதாகக் கட்டுவதற்கு அரசு ஒப்பளிப்பு வழங்கி யுள்ளது.

(ii) புறநகர் மருத்துவமனைகள்.

சென்னை மாநகரமும், அதன் எல்லையோரப் பகுதியும் அளவிலும் மக்கட் தொகையிலும் வளர்ந்துள்ளதானது சென்னை மாநகரிலும் அதனைச் சுற்றிலும் அதிகமான மருத்துவ வசதி களுக்கு வகை செய்ய வேண்டிய நிலைமையைத் தற்போது சில ஆண்டுகளாக ஏற்படுத்தியுள்ளது. மாநகர மருத்துவமனைகளில் வசதிகள் அதிகப்படுத்தப்பட்டிருந்தபோதிலும், புறநிலை நோயாளி பிரிவில் சிகிச்சைக்கு வருபவர்களும் மருத்துவ மனையில் சேர்த்துக்கொள்வதற்கு வருகிறவர்களும் அதிக அளவில் உள்ளனர்.

சென்னை மாநகராட்சி நடத்திவரும் மருந்தகங்கள் போதுமான பணியாளர்களைக் கொண்டதாய் இருந்தால் இவர்களில் சிலருக்கு சிகிச்சை அளிக்கும் பணியை மேற்கொள்ளலாம். எனினும், இத் தேவையை நிறைவு செய்ய இதுமட்டும் போதுமானதாயிராது. புறநகர் மருத்துவமனைகளை ஏற்படுத்துவதற்கு வகை செய்வதே இப் பிரச்சினைக்குத் தீர்வு காண முடியும். இதனைக் கருத்திற் கொண்டு கலைஞர் கருணாநிதி நகர், அறிஞர் அண்ணா நகர், தண்டையார்பேட்டை, பெரம்பூர், தேனாம்பேட்டை ஆகிய இடங்கள் ஒவ்வொன்றிலும் ஒரு புறநகர் மருத்துவ மனையை ஏற் படுத்த அரசு கொள்கை அளவில் ஒப்புக் கொண்டுள்ளது. கலைஞர் கருணாநிதி நகர், அறிஞர் அண்ணா நகர், தண்டையார்பேட்டை ஆகிய இடங்களில் மருத்துவமனைகளை ஏற்படுத்த அரசு அனுமதி வழங்கியுள்ளது.

1975 மார்ச் 27]

(1) கலைஞர் கருணாநிதி நகர் மருத்துவமனை.

முதலில் 100 படுக்கைகள் கொண்ட மருத்துவமனையைக் கட்டுவதற்குத் திட்டமிடப்பட்டுள்ளது. ரூபாய் 30 லட்சத்திற்கு ஒப்பளிப்பு வழங்கப்பட்டுள்ளது. நிலம், முதலியவற்றை மேற்கொள்வதற்கான தொடக்க ஏற்பாடுகள் செய்யப்பட்டு வருகின்றன.

(2) அறிஞர் அண்ணா நகர் மருத்துவமனை.

ரூபாய் 28.02 லட்சம் மொத்தச் செலவில் 100 படுக்கை கொண்ட மருத்துவமனையைத் தொடங்குவதே இச் செயற்குறிப்பாகும். தொடக்க ஏற்பாடுகள் செய்யப்பட்டு வருகின்றன.

(3) தண்டையார்பேட்டை மருத்துவமனை.

இந்த மருத்துவமனையும் 100 படுக்கைகளை உடையதாகும். ரூபாய் 32.34 லட்சத்திற்கு அனுமதி வழங்கப்பட்டுள்ளது. இம் மருத்துவமனைக்கான அடிக்கல்லை 4—12—1974 அன்று மாண்புமிகு முதலமைச்சர் நாட்டினார்.

(iii) டாக்டர் கலைஞர் கருணாநிதி புதுவாழ்வு செயற்கை உறுப்பு பொருத்தும் நிலையம்.

1954-ஆம் ஆண்டுத் தொடக்கத்தில் அரசினர் பொது மருத்துவமனை, முட நீக்கியல் அறுவை சிகிச்சைத் துறையில் உடற்கூறு மருத்துவம்-முடம் நீக்கிப் புது வாழ்வளிக்கும் சிறு பிரிவைத் தொடங்க அரசு ஒப்பளிப்பு வழங்கியுள்ளது. இயற்கை முறை மருத்துவப் பள்ளி தொடங்கப்பட்டதையொட்டி மேற்படி துறை அமைக்கப்படும். முடவர்களுக்குப் புது வாழ்வளிப்பதற்கென்றே தனி நாட்டம் செலுத்தும் வகையிலும் அவர்களுக்கு இயற்கை முறை மருத்துவம், தொழில்முறை மருத்துவ வசதிகள் செய்து கொடுக்கும் வகையிலும், அவசியமான செயற்கை உறுப்புகள் பொருத்தும் வசதிகள் இதற்கு முன் இல்லை. செயற்கை உறுப்பும், இணைப்பு உறுப்பும் பொருத்தவேண்டிய அவசியமும் சமூக-தொழில் முறை புது வாழ்வுக்கான அவசியமும் தோன்றியுள்ளன. முடமானவர் வகையில் பெருகி வரும் தேவையை நிறைவு செய்யும் பொருட்டு, பொது மருத்துவமனைக்கு வெளியே

புதுவாழ்வு-செயற்கை உறுப்பு நிலையம் ஒன்றைத் தொடங்கக் கருதப்பட்டுள்ளது ; 150 படுக்கைகளும் அதே அளவில் புற நிலை நோயாளிகள் சிகிச்சை வசதியும் கொண்ட மாநில நிலையில் அமைந்த பணி-பயிற்சி ஆராய்ச்சி நிலையமாக இது இருக்கும். இந்நிலையம் சுமார் 20 தொழில் முறை மருத்துவர்களுக்கும் 20 இயற்கை முறை மருத்துவர்களுக்கும் பயிற்சி அளிப்பதுடன் உடற்கூறு மருத்துவக் கல்வியில் பட்ட மேற்படிப்பு தகுதி பெறுவதற்கு மருத்துவர்களுக்குப் பயிற்சியும் அளிக்கும். இது கலைஞர் கருணாநிதி நகரில் அமைக்கப்படும். இத்திட்டத்திற்கு ரூபாய் முப்பது லட்சம் தொடரா இனச் செலவும் ஒவ்வொரு ஆண்டும் ரூபாய் ஐந்து லட்சம் தொடரினச் செலவும் ஏற்படும். ரூபாய் இருபது லட்சம் மானியம் வழங்குமாறு இந்திய அரசிடம் எழுதிக் கேட்கப்பட்டுள்ளது. இந்திய அரசின் பதில் எதிர் பார்க்கப்படுகிறது.

(ix) ஃபிரீடா மோன்னியர் மருத்துவமனை, களக்காடு.

எம்பியரி அமைதிப் பணி நிறுவனம் (இது ஒரு பெல்ஜியம் நிறுவனமாகும்). திருநெல்வேலி மாவட்டம் களக்காட்டில் தற்போது ஒரு சில ஆண்டுகளாக ஃபிரீடா மோன்னியர் மருத்துவமனையை நடத்தி வந்துள்ளது. இந்த மருத்துவமனையில் அக நிலை நோயாளிகளுக்கும் புறநிலை நோயாளிகளுக்கும் சிகிச்சை அளிக்கப்படுகிறது. இங்கு X கதிர் வசதிகளும் மகப்பேறு பிரிவும் உள்ளன. இம் மருத்துவமனையில் இயல் அறுவைச் சிகிச்சைப் பிரிவு ஒன்றும் உள்ளது. இம் மருத்துவமனையில் ரூ. 4,45,000 மதிப்புடைய பொருட்களும் சாதனங்களும் இருப்பதாக மதிப்பிடப்பட்டது. பெல்ஜியம் நிறுவனம், இம் மருத்துவமனையைத் தொடர்ந்து நடத்த முடியாததை முறையிட்டு, இம் மருத்துவமனையை ஏற்றுக் கொள்ளுமாறு அரசைக் கேட்டுக் கொண்டது. இம் மருத்துவமனை களக்காட்டிலும் அதனைச் சுற்றிலுமுள்ள மக்களுக்கு ஆற்றிய நற்பணியைக் கருதிப் பார்த்து 1974 அக்டோபரில் இம் மருத்துவமனையை ஏற்று நடத்த அரசு முடிவு செய்துள்ளது. இதன் சொத்துக்கள் அரசிடம் ஒப்படைக்கப்படும். இந்த மருத்துவமனையை நடத்துவதற்கு ஆகும் ஆண்டுத் தொடர் செலவு ரூ. 1,77,000 ஆகும். மக்களுக்குத் தொடர்ந்து மருத்துவப் பணி நல்குவதுடன், இந்த மருத்துவ

1975 மார்ச் 27

மனை, திருநெல்வேலி மருத்துவக் கல்லூரி மாணவர்களும், பயிற்சி மருத்துவர்களும் சமூகப் பாதுகாப்பு மருத்துவத்தில் பயிற்சி பெற புறநகர் கிராம நிலையமாகவும் செயல் புரியும்.

பகுதி B

(பொதுச் சுகாதாரப் பணிகள் இயக்குநர்)

VI&VII மாவட்ட மருத்துவமனைகள், வட்ட மருத்துவமனைகள், வட்டத்திலுள்ள பிற மருத்துவமனைகள்.—மாவட்ட மருத்துவமனைகள், வட்ட மருத்துவமனைகள், வட்டத்திலுள்ள பிற மருத்துவமனைகள், இயல் மருத்துவ ஊர்திப் பிரிவுகள், மருந்தகங்கள் ஆகியவற்றின் மூலமாகப் பொதுமக்கள் மருத்துவ வசதியைப் பெறுகின்றனர். தற்போது இந்த மருத்துவமனைகளில் ஒட்டு மொத்தமாக 10,770 படுக்கைகள் உள்ளன. இவை நீங்கலாக, மருத்துவக் கல்லூரியிணைந்த மருத்துவமனைகள், தொடக்கச் சுகாதார நிலையங்கள் ஆகியவற்றில் 12,453 படுக்கைகள் உள்ளன. இவற்றில் ஆண்டொன்றுக்கு மொத்தம் 23.69 இலட்சம் நோயாளிகள் தங்கிச் சிகிச்சை பெறுகின்றனர். 330.62 இலட்சம் பேர் புறநிலை நோயாளிகளாகச் சிகிச்சை பெறுகின்றனர். 1973-74, 1974-75, 1975-76 ஆகிய ஆண்டுகளில் மருத்துவமனைகள், அவற்றில் உள்ள படுக்கைகளின் எண்ணிக்கை பற்றிய விவரங்கள் விவர அறிக்கை VIII-ல் கொடுக்கப்பட்டுள்ளன.

மாவட்ட மருத்துவமனைகள்.—மொத்தம் 14 மாவட்டத் தலைமையிட மருத்துவமனைகள் உள்ளன. அவற்றில் 1974-75 ஆம் ஆண்டில் இருந்த படுக்கைகளின் எண்ணிக்கை 3,943 ஆகும். மாநிலத் திட்ட ஆணைக்குழு செய்த பரிவுரையின் அடிப்படையில், மாவட்டத் தலைமையிட மருத்துவமனைகளை படிப்படியாகத் தரமுயர்த்த அரசு கருதியுள்ளது. இந்த மருத்துவமனைகள் ஒவ்வொன்றிலும் படுக்கை எண்ணிக்கை 400-க்குக் குறையாமலும் 650-க்கு மிகாமலும் இருக்குமாறு உயர்த்தப்படும். இவ்வகையில் நாகர்கோவில், தருமபுரி, நாகப்பட்டினம் ஆகிய இடங்களில் அமைந்துள்ள மாவட்டத் தலைமையிட மருத்துவமனைகளை இந்த ஆண்டில் தரமுயர்த்த அரசு கருதியுள்ளது. மேலும், 1974-75 ஆம் ஆண்டில், திண்டுக்கல்லில், மாவட்டத் தலைமையிட மருத்துவ

மனையில் கைதிகள் வார்டு ஒன்று கட்டவும், வேலூரிலுள்ள மாவட்டத் தலைமையிட மருத்துவ மனையில் சலவைத் துறை ஒன்று கட்டவும் அரசு அனுமதி வழங்கியுள்ளது.

மாவட்டங்களில் உள்ள மக்களுக்கு சிறப்புச் சிகிச்சை யளிக்கும் கருத்துடன், அரசு, படிப்படியாக சிறப்புச் சிகிச்சைப் பிரிவுகளை ஏற்படுத்தக் கருதியுள்ளது. கீழ்க்கண்டவற்றுக்கு அரசு 1974-75-ல் அனுமதி வழங்கியுள்ளது :—

	செலவு (ரூபாய் இலட்சத்தில்)
1. தருமபுரியிலுள்ள அரசினர் தலைமையிட மருத்துவ மனையில் குருதிச் சேமிப்பு நிலையம்.	0.21
2. ஈரோட்டிலும், திருச்சிராப்பள்ளியிலும் காது-மூக்கு-தொண்டை சிகிச்சைப் பிரிவு.	1.41
3. ஈரோடு தலைமையிட மருத்துவ மனையில் மேக நோய் சிகிச்சைப் பிரிவு.	0.33
4. நாகப்பட்டினத்திலும், இராமநாதபுரத்திலும் முட நீக்கியல், வெளி நோயாளிகள் சிகிச்சைப் பிரிவு.	1.00
5. காஞ்சீபுரம் மாவட்டத் தலைமையிட மருத்துவ மனையில் குழந்தைகள் நோய் சிகிச்சைப் பிரிவு.	0.39
6. சேலம், திருச்சி மாவட்டத் தலைமையிட மருத்துவ மனைகளில் கண்ணோய் சிகிச்சைப் பிரிவு.	1.33

1975-76-ம் ஆண்டில் புதுக்கோட்டையிலுள்ள மாவட்டத் தலைமையிட மருத்துவமனையில், ரூ. 1 இலட்சம் செலவில் கூடுதலாக எக்ஸ் கதிர் சாதன வசதிகள் அமைக்கப்படும்.

வட்டத் தலைமையிட மருத்துவமனைகள்.—மொத்தம் 97 வட்டத் தலைமையிட மருத்துவ மனைகள் உள்ளன; அவற்றில் 4,451 படுக்கைகள் உள்ளன. இவ்வெண்ணிக்கையை 1975-76-ல் 4,476

ஆக உயர்த்தக் கருதப்பட்டுள்ளது. நடப்பாண்டில் 1974-75-ல் வட்டத் தலைமையிட மருத்துவ மனைகளுக்கு கீழ்க்காணும் திட்டங்களுக்கு அரசு அனுமதி வழங்கியுள்ளது:—

	செலவு (ரூபாய் இலட்சத்தில்)
1. கோயம்புத்தூர் மாவட்டம், உடுமலைப்பேட்டையில் அரசு மருத்துவ மனையில் நவீன சமையற்கூடம் கட்டுதல்.	0.33
2. திருநெல்வேலி மாவட்டம், செங்கோட்டையில் அரசு மருத்துவமனைக்கு நீர் வழங்கு வசதிகள் செய்தல்.	0.22
3. தென்னார்க்காடு மாவட்டம், விருத்தாசலத்தில் அரசு மருத்துவ மனையில் பிண அறுவைச் சோதனைக் கொட்டகை கட்டுதல்.	0.23
4. தென்னார்க்காடு மாவட்டம், திண்டிவனத்திலும், சேலம் மாவட்டம் நாமக்கல்லிலும் அரசு மருத்துவ மனைகளில் குருதிச் சேமிப்பு வங்கிகள்.	0.42
5. செய்யாறு, தேனி, விழுப்புரம், அறந்தாங்கி, அரக்கோணம் ஆகிய ஊர்களில் உள்ள அரசு மருத்துவ மனைகளில் பல மருத்துவப் பிரிவுகள்.	1.16

நடப்பாண்டில், திருப்பத்தூரில் உள்ள அரசினர் மருத்துவ மனையில் 48 படுக்கைகள் கொண்ட கூடுதல் வார்டு கட்டுதல், ஹோசூரில் புதிதாக 25 படுக்கைகள் கொண்ட மருத்துவமனை கட்டுதல், சீர்காழியில் 20 படுக்கைகள் கொண்ட பேறு கால வார்டு ஒன்று கட்டுதல் ஆகிய பணிகள் முடிந்தன.

1975-76 ஆம் ஆண்டில், ரூ. 1.24 இலட்சம் செலவில் வட்ட மருத்துவ மனைகளில் மேலும் 4 பல் மருத்துவ சிகிச்சைப் பிரிவுகள் கட்டக் கருதப்பட்டுள்ளது.

[1975 மார்ச் 27

கட்டிடங்கள்.—1975-76 ஆம் ஆண்டில், ரூ. 13.67 இலட்சம் செலவில் கீழ்க்காணும் திட்டங்களை மேற்கொள்ளக் கருதப்பட்டுள்ளது :—

	செலவு (ரூபாய் இலட்சத்தில்)
1. இராணுவ வீரர்கள் துயர் தணிப்பு நிதியிலிருந்து, முன்னாள் படை வீரர் நலனுக்காக 12 படுக்கைகள் கொண்ட வார்டு ஒன்றை 16 வட்ட மருத்துவ மனைகளிலும் கட்டுதல்.	5.00
2. மாயூரம் அரசு மருத்துவ மனையில் பண்டக சாலை கட்டுதல்.	0.21
3. திருச்செங்கோடு அரசினர் மருத்துவ மனையில் 24 படுக்கைகள் கொண்ட வார்டு கட்டுதல்.	1.75
4. துறையூர் அரசினர் மருத்துவ மனையில் எக்ஸ்-கதிர்-தொகுதிக் கட்டிடம் கட்டுதல்.	0.50
5. தாம்பரம் அரசினர் மருத்துவ மனையில் காத்திருக்கும் கொட்டகை கட்டுதல்.	0.68
6. திண்டிவனம் அரசினர் மருத்துவ மனையில் சாக்கடைக் கால்கள், நடை பாதைகள் அமைத்தல்.	0.19
7. சீர்காழி அரசு மருத்துவ மனையை விரிவு படுத்துவதற்காக வாங்கப்பட்ட புதிய மனையின் தளமட்டத்தை உயர்த்துவதற்கு வகை செய்தல்.	0.34
8. திருவண்ணாமலையிலுள்ள அரசினர் மருத்துவ மனைக்குக் கூடுதல் கட்டிடங்கள் கட்டுதல்.	5.00
	13.67

1975 மார்ச் 27]

எக்ஸ்-கதிர் சாதனங்கள்.—கிராமப் பகுதிகளில் வாழும் மக்களுக்கு எக்ஸ்-கதிர் சோதனைக்கு அதிக வசதிகள் செய்து தரும்பொருட்டு, நடப்பாண்டில் கீழ்க்காணும் வட்டத் தலைமையிட மருத்துவமனைகளில் எக்ஸ்-கதிர் சாதனங்களை நிறுவ நடப்பாண்டில் அனுமதி வழங்கப்பட்டுள்ளது :—

1. அரசினர் மருத்துவமனை, சிதம்பரம், தென்னார்க்காடு மாவட்டம்.

2. அரசினர் மருத்துவமனை, லால்குடி, திருச்சிராப்பள்ளி மாவட்டம்.

3. அரசினர் மருத்துவமனை, மேலூர், மதுரை மாவட்டம்.

4. அரசினர் மருத்துவமனை, ஸ்ரீவில்லிபுத்தூர், இராமநாதபுரம் மாவட்டம்.

5. அரசினர் மருத்துவமனை, காரைக்குடி, இராமநாதபுரம் மாவட்டம்.

(ஈ.சி.ஜி. சாதனம்) இருதயத் துடிப்புப் பதிவு மின்னியங்கு சாதனம்.

1974-75-ல் 10 வட்ட மருத்துவமனைகளில் ரூ. 1 லட்சம் செலவில் இருதயத் துடிப்பு பதிவு மின்னியங்கு ஈ.சி.ஜி. சாதனங்கள் நிறுவ அனுமதி வழங்கப்பட்டுள்ளது. 1975-76 ஆம் ஆண்டில் மேலும் இரண்டு வட்ட மருத்துவமனைகளில் எக்ஸ்-கதிர் சாதனங்கள் நிறுவப்படும்.

வட்டத்திலுள்ள பிற மருத்துவமனைகள் :

வட்டங்களில், வட்ட மருத்துவமனையல்லாத ஏனைய மருத்துவ மனைகள் 109 உள்ளன. அவற்றில், 1,974 படுக்கைகள் உள்ளன. நடப்பாண்டில் கீழ்க்காணும் திட்டங்களுக்கு அனுமதி வழங்கப்பட்டுள்ளது :—

	செலவு (ரூபாய் இலட்சத்தில்)
1. நீலகிரி மாட்டம் பாலாடாவில் உள்ள அரசு மருத்துவமனையில் நவீன சமையற்கூடம் கட்டுதல்.	0.10
2. தென்னார்க்காடு மாவட்டம், திட்டக்குடியில் அரசு மருத்துவமனையில் பிணப் பரிசோதனை கொட்டகை கட்டுதல்.	0.25

1975-76 ஆம் ஆண்டில் ஏர்க்காடு அரசினர் மருத்துவமனையில் ரூ. 60,000 செலவிலும், பாபநாசம் அரசினர் மருத்துவமனையில் ரூ. 40,000 செலவிலும் அறுவை சிகிச்சைக் கூடங்கள் கட்டக் கருதப்பட்டுள்ளது.

இயல் மருத்துவப் பிரிவுகள் :

கிராமப் பகுதிவாழ் மக்களுக்குப் பணி புரிவதற்கெனத் தற்போது 13 இயல் மருத்துவப் பிரிவுகள் உள்ளன. அவற்றின் விவரம் வருமாறு :—

	இயல் மருத்துவப் பிரிவுகள் எண்ணிக்கை.
1. தருமபுரி	3
2. திருநெல்வேலி	1
3. மதுரை	2
4. நீலகிரி	2
5. தென்னார்க்காடு	1
6. கோயம்புத்தூர்	2
7. இராமநாதபுரம்	1
8. செங்கற்பட்டு	1
மொத்தம்	13

இந்த இயல் மருத்துவப் பிரிவுகள் 1973-74 ஆம் ஆண்டில் 1,31,086 நோயாளிகளுக்குச் சிகிச்சையளித்துள்ளன.

VIII ஊராட்சி ஒன்றிய மருந்தகங்களை அரசு மேற்கொள்ளுதல்

முன்னாள் மாவட்டக் கழக மருந்தகங்களைப் படிப்படியாகத் தாமே மேற்கொள்ள அரசு முடிவு செய்துள்ளது. 1—4—1968 ஆம் நாளன்றுள்ளபடி மொத்தம் 268 ஊராட்சி ஒன்றிய மருந்தகங்களை அரசு மேற்கொள்ள வேண்டியிருந்தது. இவற்றில், கீழே

1975 மார்ச் 27]

கொடுத்துள்ளவாறு 101 மருந்தகங்களை மேற்கொள்ள அரசு ஆணையிட்டுள்ளது; இவற்றின் விரிவான பட்டியலை விவர அறிக்கை VI-ல் காணலாம்:—

முன்னாள் மாவட்டக் கழக மருந்தகங்கள்	64
ஊராட்சி ஒன்றிய மருந்தகங்கள்	28
கிராமப் பகுதி மருந்தகங்கள்	5
நகராட்சி மருந்தகங்கள்	4
மொத்தம்	101

2. ஊராட்சி ஒன்றிய மருந்தகங்களை அரசு ஏற்பதற்காக 1972-73 ஆம் ஆண்டிற்குப் பின்னர், விதிக்கப்பட்டுள்ள அடிப்படை விதிகள் பொதுவகையாகப் பின்வருமாறு—

(a)) தொடர்புடைய ஊராட்சி ஒன்றியங்கள் குறைந்தது ஈராண்டுகட்காயினும் சரியான பேணுதற் செலவைக் கொடுக்க ஒப்புக்கொள்ள வேண்டும்.

(b) ஊராட்சி ஒன்றியங்களும் பொது மக்களும் குறிப்பிட்ட தொகையை நன்கொடையாக வழங்க வேண்டும்.

(c) ஒரே ஊராட்சி ஒன்றியத்தில் ஒன்றுக்கு மேற்பட்ட மருந்தகத்தை மேற்கொள்வது பற்றிப் பரிசீலிக்கக் கூடாது.

(d) ஊராட்சி ஒன்றியம் இதற்குத் தேவையான கட்டிடங்களையும் வெற்று நிலங்களையும் (குறைந்தது 2 ஏக்கர்கள்) அளிக்க வேண்டும்.

3. அரசு மேற்கொள்ள ஆணை பிறப்பிக்கப்பட்ட 101 மருந்தகங்களில், இன்றுள்ளபடி, உண்மையில் 77 மருந்தகங்கள் மட்டுமே மேற்கொள்ளப்பட்டுள்ளன.

இன்னும் அரசு மேற்கொள்வது பற்றிப் பரிசீலிக்கப் படுவதற்காக, முன்னாள் மாவட்டக் கழக மருந்தகங்கள் 122-ம் ஊராட்சி ஒன்றிய மருந்தகங்கள் 54-ம் உள்ளன. இவற்றில்,

[1975 மார்ச் 27

9 மருந்தகங்கள் தொடர்பாக, மேற்சொன்ன அடிப்படை விதிகளை நிறைவு செய்ய அந்தந்த ஊராட்சி ஒன்றியங்கள் முன் வந்துள்ளன. வேறுசில ஊராட்சி ஒன்றியங்கள் மேற்சொன்ன அடிப்படை விதிகளை ஓரளவு நிறைவு செய்ய முன்வந்துள்ளன. ஊராட்சி ஒன்றிய மருந்தகங்களைத் தவிர, அரசால் மேற் கொள்ளப்படுவதற்கு வேண்டுகோள் விடுத்துள்ள கிராம, நகராட்சி, தனியார் மருந்தகங்களும் சில உள்ளன.

4. மருந்தகங்களை அரசு மேற்கொள்வதற்காக 1975-76 ஆம் ஆண்டு வரவு-செலவுத் திட்ட மதிப்பீட்டில் ரூ. 12.41 இலட்சம் ஒதுக்கீடு செய்யப்பட்டுள்ளது.

IX காச நோய்த் தடுப்புத் திட்டம்:

தமிழ்நாட்டில் 7.6 இலட்சம் பேர் காச நோயால் பாதிக்கப் பட்டனர் என்று 1955-58 ஆண்டுகளில் நடத்திய ஆய்வு காட்டுகிறது. இந்த நோயைக் கண்டறிந்து சிகிச்சையளிக்கும் பொருட்டு, காச நோய்த் தடுப்பு தேசியத் திட்டம் தயாரிக்கப்பட்டுள்ளது. தமிழ்நாட்டில் இத் திட்டம் 1963 ஆம் ஆண்டிலிருந்து செயலில் உள்ளது.

மூன்றாவது ஐந்தாண்டுத் திட்டம் முடிவடைவதற்குள் மாவட்டக் காச நோய்த் தடுப்புத் திட்டம் தமிழ்நாட்டில் சென்னை மாநகரத்திலும் (தருமபுரி நீங்கலாக) மாவட்டங்கள் அனைத்திலும் செயல்படுத்தப்பட்டது. நான்காவது திட்டக் காலத்தில் மாவட்ட காச நோய்த் தடுப்புத் திட்டம் தருமபுரி மாவட்டத்திற்கும் நீட்டிக்கப்பட்டது. புதிதாக ஏற்படுத்தப்பட்ட புதுக்கோட்டை மாவட்டத்தில் மாவட்டக் காச நோய்த் தடுப்புத் திட்டத்தைச் செயல்படுத்துவதற்கான செயற்குறிப்புகள் அரசின் பரிசீலனையிலுள்ளன. 13 மாவட்டக் காச நோய்த் தடுப்பு நிலையங்கள், சென்னையிலுள்ள காச நோய்த் தடுப்பு செய்முறை விளக்கப் பயிற்சி நிலையம் தவிர, 8 இதய நோய் சிகிச்சை நிலையங்களும், 863 புறநகர் மருத்துவ நிலையங்களும் (அரசு மருத்துவமனைகள், ஆரம்பச் சுகாதார நிலையங்கள், அரசு மருந்தகங்கள்) உள்ளன. அங்கு மாவட்டக் காச நோய்த் தடுப்புத் திட்டம் செயல்படுத்தப்பட்டு வருகிறது. மாவட்டக் காச நோய்த் தடுப்புத் திட்டத்தின் கீழ் காச நோயைக் கண்டுபிடித்து சிகிச்சையளிப்பதற்கான வசதிகள் அளிக்கப் படுகின்றன. இத் திட்டத்தின் கீழ் இதுவரை 5.8 இலட்சம் காச

1975 மார்ச் 27]

நோயாளிகளுக்கு நோய் இருப்பது கண்டுபிடிக்கப்பட்டு சிகிச்சையளிக்கப்படுகிறது. அவர்களில் சுமார் 1.2 இலட்சம் பேருக்கு (தற்காலிகமானது) முழுக் கால அளவிற்கு சிகிச்சையளிக்கப் பட்டுள்ளது.

காச நோயினால் கடுமையாகப் பாதிக்கப்பட்டுள்ளவர்களுக்கும், அவசர சிகிச்சை செய்யப்பட வேண்டிய நோயாளிகளுக்கும், அறுவை சிகிச்சை செய்யப்பட வேண்டிய நோயாளிகளுக்கும் (அவர்களுக்கு அகநிலை நோயாளிகளாக) அரசு, தனியார் காச நோய் நலம் பேண் மருத்துவமனைகளிலும் (அரசு, தனியார்) பொது மருத்துவமனைகளில் இணைக்கப் பட்டுள்ள காச நோய் வார்டுகளிலும் 3,230 படுக்கைகள் உள்ளன.

மாவட்டக் காச நோய்த் தடுப்பு நிலையம் ஒவ்வொன்றுடனும் பி.சி.ஜி. குழு ஒன்று சேர்க்கப்பட்டுள்ளது. அதிகம் பேருக்கு காச நோய்த் தடுப்பு ஊசிபோடும் பொருட்டு, வட ஆர்க்காடு தென் ஆர்க்காடு, திருச்சிராப்பள்ளி, மதுரை ஆகிய மாவட்டங்கள் ஒவ்வொன்றிலும் மேலும் ஒரு பி.சி.ஜி. குழுவை ஏற்படுத்துவதற்கு மாநில அரசு அனுமதி வழங்கியுள்ளது. மாநில அளவில் பி.சி.ஜி. மேற்பார்வைக் குழு ஒன்று செயற்பட்டு வருகிறது. அது மாநிலத்திலுள்ள பி.சி.ஜி. குழுக்களின் பணியை மேற்பார்வையிடுகிறது. 1975-76-ல் இப்பணிகளை விரைவுபடுத்த மேலும் இரண்டு பி.சி.ஜி. பிரிவுகளை ஏற்படுத்தக் கருதப்பட்டுள்ளது. தமிழ்நாடு காச நோய்த் தடுப்புக் கழகம் காச நோய் வில்லை விற்பனை இயக்கங்கள் 24-ஐ வெற்றிகரமாக நடத்தியுள்ளது. 25 ஆவது இயக்கம் நடந்து கொண்டிருக்கிறது. ஒவ்வொரு மாவட்டத்திலும் வசூலாகும் தொகை அந்தந்த மாவட்டங்களில் காச நோய்த் தடுப்பு நடவடிக்கைகளை மேற்கொள்வதற்காகப் பயன்படுத்தப்படுகிறது. கடந்த 7 ஆண்டுகளில் காச நோய்த் தடுப்பு வில்லைகள் விற்பனையை அதிக அளவில் செய்ததற்காக தமிழ்நாடு காச நோய்த் தடுப்புக் கழகத்திற்கு சுழல் கேடயம் ஒன்றை இந்திய காச நோய்த் தடுப்புக் கழகம் வழங்கியுள்ளது. இந்தக் கேடயத்தை தொடர்ச்சியாக 5 ஆண்டுகளுக்கு தமிழ்நாடு பெற்றதால் தமிழ்நாடு காச நோய்த் தடுப்புக் கழகத்திற்குக் கேடயத்தின் நேர்படி ஒன்று வழங்கப்பட்டுள்ளது.

[1975 மார்ச் 27

தொழு நோய்க் கட்டுப்பாட்டுத் திட்டம்.

இந்தியாவில் அதிக அளவில் கொள்ளை நோய் தோன்றிப் பரவும் மாநிலங்களில் தமிழ்நாடும் ஒன்றாகும். 1971 மக்கட் தொகைக் கணக்கெடுப்பின்படி இம் மாநிலத்திலுள்ள 411 இலட்சம் மக்கள் தொகையில், ஒவ்வொரு ஆயிரம் பேருக்கு 19 பேர் இந்நோயால் பாதிக்கப்பட்டுள்ளனர் என்ற அடிப்படையில் பார்த்தால் சுமார் 7.5 இலட்சம் தொழு நோயாளிகள் உள்ளனர்.

இந்தியா சுதந்திரம் அடைவதற்கு முன்னர், தொழு நோயாளிகளுக்காக சில குடியிருப்புகளை கிறித்தவ சமய நிறுவனங்கள் பராமரித்து வந்தன. திட்டப் பணிகள் தயாரிக்கப்பட்டபோது, தொழு நோயை தேசியக் கட்டுப்பாட்டுத் திட்டங்களில் ஒன்றாக மேற்கொள்ள கருதப்பட்டது. ஏனெனில் இந் நாட்டிலுள்ள முக்கிய நோய்களில் இதுவும் ஒன்றாக இருந்தது. உடல் ஊனத்தையும், மனித சக்தி இழப்பையும் இந் நோய் ஏற்படுத்துகிறது.

1956 ஆம் ஆண்டு முதல், ஒவ்வொரு திட்டக் காலத்திலும் சில கட்டுப்பாட்டு பிரிவுகள் ஆரம்பிக்கப்பட்டன. ஒவ்வொரு திட்டக் காலத்திலும் தொடங்கப்பட்ட புதிய திட்டங்களுக்காகும் செலவில் சிறிதளவு தொகையை மட்டுமே மத்திய அரசு அளித்து வந்தது. தொழு நோய்க் கட்டுப்பாட்டு தேசியத் திட்டத்தின் அடிப்படையில், சில அனைத்து நாட்டு நிறுவனங்களும், சில தொண்டு நிறுவனங்களும் தொழு நோய்க் கட்டுப்பாட்டுப் பணியைத் தொடங்கியுள்ளன. 1969-க்கு முன்னர் அரசு 42 இலட்சம் தொழு நோயாளிகளையும், தொண்டு நிறுவனங்கள் 60 இலட்சம் தொழு நோயாளிகளையும் கவனித்தன. நான்காவது திட்டக் காலத்தில் தொழு நோய்க் கட்டுப்பாட்டிற்காகத் தொடங்கப்பட்ட புதிய திட்டங்களுக்கு இந்திய அரசு முழு நிதியுதவி அளித்தது. அந்த நிதியுதவியை நாம் முழுவதும் பயன்படுத்தியுள்ளோம். இக்கால அளவில் அதிக அளவிலான தொழு நோயாளிகளுக்குச் சிகிச்சையளிக்கப்பட்டது. மேலும் 70 இலட்சம் நோயாளிகளுக்குச் சிகிச்சையளிக்கப்பட்டது. மேற்சொன்ன கால அளவில் 10 இலட்சம் நகர்ப்புற நோயாளிகளுக்குச் சிகிச்சையளிக்கும் பொருட்டு சென்னை மாநகரில்

1975 மார்ச் 27]

தொழுநோய்க் கட்டுப்பாட்டுத் திட்டத்தைத் தொண்டு நிறுவனம் ஒன்று மேற்கொண்டது. நான்காவது திட்டக் காலத்தின் இறுதியில் 182 இலட்சம் நோயாளிகளுக்குச் சிகிச்சையளிக்கப்பட்டுள்ளது.

1974-75-ல் 8 லட்சம் பள்ளிச் சிறுவர்கள் பரிசோதனை செய்யப் பட்டனர். 7,056 பேர்களுக்கு தொழுநோய் இருப்பது கண்டு பிடிக்கப்பட்டு சிகிச்சையளிக்கப்பட்டது.

ஐந்தாவது திட்டக் காலத்திலும் இந்திய அரசு முழு நிதி யுதவியை அளிக்கும் மாநிலம் முழுவதும் நகர்ப்புற, கிராம அமைப்புகளின் மூலம் தொழுநோயாளிகளுக்குச் சிகிச்சை யளிக்கத் திட்டமிடப்பட்டுள்ளது.

தற்காலிகமான ஐந்தாவது திட்டத்தின் முதலாவது ஆண்டான 1974-75-ல் நகர்ப்புற, கிராமப்புற பகுதிகளில் 20 லட்சம் பேருக்கு சிகிச்சை அளிக்கப்படும். ஐந்தாவது திட்டத்தின் இரண்டாவது ஆண்டான 1975-76-ல் 86 லட்சம் பேருக்குச் சிகிச்சையளிக்கக் கருதப்பட்டுள்ளது.

1974-75-ல் திருமணியிலுள்ள தொழு நோய்க் கட்டுப்பாட்டுக் கல்வி-ஆராய்ச்சி நிலையத்தின் குடியிருப்புப் பகுதியையும், சைதாப் பேட்டையிலுள்ள வெள்ளி விழா மருந்தகத்தையும் பராமரிக்க மத்திய அரசு முன்வராததால் அவற்றை மாநில அரசு மேற்கொண்டது. தற்போது, இங்கு 350 தொழுநோயாளிகள் சிகிச்சை பெற்று வருகின்றனர். D.D.S. மருந்துகளைக் கொடுத்து இவர்களது நோய் மேலும் முற்றாமல் பார்த்துக் கொள்ளப்படுகிறது.

IX புற்றுநோய்க் கட்டுப்பாடு.

மக்கள் தொகை அடிப்படையிலான புற்றுநோய் விவரப் பதி வேடு ஒன்று மட்டும் பம்பாயில் 1963-லிருந்து செயல்பட்டு வருகிறது. இந்நாட்டில் ஆண்டுதோறும் ஐந்து லட்சம் மக்கள் புற்று நோயினால் இறக்கின்றனர் என்பது இந்தப் பதிவேட்டி லிருந்து மதிப்பிடப்படுகிறது. ஒவ்வொரு லட்சம் மக்கள் தொகையில் 85 பேர்களுக்கு தற்போது புற்றுநோய் வருகிறது என்று பம்பாய் பெருநகரில் கிடைக்கும் புள்ளிவிவரங்கள் காட்டு

கின்றன. 41 மில்லியன் மக்கள் தொகை கொண்ட தமிழ் நாட்டில் ஒவ்வோர் ஆண்டும் சுமார் 35,000 பேர் புற்றுநோயால் தாக்குறும் வாய்ப்பு உள்ளது.

அறிஞர் அண்ணா நினைவு புற்றுநோய் நிறுவனத்தின் நோக்கங்கள்.

புற்றுநோய்த் தடுப்பு, புற்றுநோய்க் குறிகளைக் கண்டறிதல், புற்றுநோய் கண்டுபிடிப்பு, புற்றுநோய் சிகிச்சை, புற்றுநோய் சிகிச்சைக்குப்பின் பாதுகாப்பு ஆகிய துறைகளில் தற்போதுள்ள மருத்துவ அறிவின் அடிப்படையில் தொடர்ச்சியான ஏற்பாடுகளை மேற்கொள்வதே புற்றுநோய்க்கட்டுப்பாடு என்று உலக சுகாதார நிறுவன வல்லுநர் குழு ஒன்று விளக்கம் கூறியுள்ளது. மேலும் புற்றுநோய் ஏற்படுவதைக் குறைத்தல், அதிகம் பேருக்கு புற்றுநோய்ச் சிகிச்சை அளித்தல், புற்றுநோயால் ஏலாமையுறுவதைக் குறைத்தல் ஆகியவை புற்றுநோய் ஏற்பட்டுக் குணமடைந்த பின்னர் மேற்கொள்ளும் பின்பராமரிப்புப் பணிகளாகும்.

மேற்சொன்ன கொள்கையின் அடிப்படையில், உலக சுகாதார நிறுவனத்தின் உடனுழைப்புடன் தமிழ்நாடு அரசு, காஞ்சிபுரத்தில், முதன் முதலாக புற்றுநோய்த் தடுப்புத் திட்டம் ஒன்றை ஏற்படுத்தி வருகிறது. இது தென்கிழக்கு ஆசியாவிலேயே முதல்வகைத் திட்டமாகும்.

புற்றுநோயை ஆரம்பக் காலத்திலேயே மாநில முன்னுரிமை வசதிக்குள்ளேயே பயன்மிக்க சிகிச்சையளிப்பது அடிப்படையில் தற்போதுள்ள சுகாதாரப் பணியாளர்கள் அந்தந்தப் பகுதிகளின் பொருளாதார வாய்ப்புகள், சமூகப் பண்பாட்டுக் கூறுகள் ஆகியவற்றைப் பயன்படுத்தும் அடிப்படையில் புற்றுநோய்க் கட்டுப்பாட்டுத் திட்ட வளர்ச்சியை மதிப்பிடுவதுதான் பொதுவான நோக்கமாகும்.

நிதி வசதிகளும், செயல்வழிமுறைகளும்.

உலக சுகாதார நிறுவனத்தின் நிதியுதவி.

இந் நிறுவனத்திற்கு ஆண்டொன்றுக்கு உலக சுகாதார நிறுவனம் மானியமாக அளிக்கவிருக்கும் 20,000 அமெரிக்க டாலர்கள் (1.5 லட்சம் ரூபாய்) தவிர்த்து, கட்டிடங்கள், கருவிகள்

1975 மார்ச் 27]

ஆகியவை குறித்தாகும் நடைமுறைச் செலவுக்காக உலக சுகாதார நிறுவனம் மூலமாக நார்வே நாட்டு நிதியுதவி அமைப்பு மூலமாக ஒரு மில்லியன் நார்வே குரோனர்கள் (இது 11 லட்சம் ரூபாய்க்குச் சமமாகும்) மானிய உதவியாக இந் நிறுவனத்திற்கு அளிக்கப்பட விருக்கிறது.

இந் நிறுவனத்திற்கு உலக சுகாதார நிறுவனம் அளித்த கருவிகள் பாராமரிப்பிற்காக, நார்வே நாட்டு நிதியுதவி நிறுவனம் வழங்க ஒப்புக்கொண்ட 70,000 நார்வே நாட்டு குரோனர்களில் (இது ரூபாய் 70,000-க்கு சமமானது) ஒவ்வொரு ஆண்டும் 20 சதவிகிதம் ஐந்து ஆண்டுக் காலத்திற்குக் குறைக்கப்படும். இந்த நிதியுதவியும் உலக சுகாதார நிறுவனம் மூலமாக வழங்கப்படும்.

40,000 அமெரிக்க டாலர்கள் (இது ரூ. 3 லட்சத்திற்குச் சமமாகும்) 1968–69 ஆம் ஆண்டில் உதவி மானியமாகப் பெறப் பட்டது. ரூ. 3 லட்சத்திற்குச் சமமான 40,000—அமெரிக்க டாலர்களுக்கு ஆய்வுக்கூட சாதனங்களையும், சுகாதாரக் கல்விச் சாதனங்களையும் உலக சுகாதார நிறுவனம் வழங்கியுள்ளது.

இத் திட்டத்தைத் தொடங்கியதில், இந்தப் புற்றுநோய்ப் பிரச்சினையின் முக்கியத்துவம் தெரியவந்துள்ளது. எனவே, புற்றுநோய்ச் சிகிச்சைக்காக இந்நாட்டில் கிடைக்காத விலையுயர்ந்த கதிரியக்க மருத்துவச் சாதனங்களையும் ஏனைய கருவிகளையும் வாங்குவதற்காக, நார்வேநாட்டு நிதி வழங்கு நிறுவனங்களிட மிருந்து, உலக சுகாதார நிறுவனத்தின் மூலமாகக் கிடைக்கும் அன்னியச் செலாவணி அனைத்தையும் விடாமல் இறுத்திக் கொள்ளுமாறு உலக சுகாதார நிறுவனத்திற்கு நாம் எழுதி யுள்ளோம். இப்போது கட்டப்பட்டு வரும் 100 படுக்கைகள் கொண்ட புற்றுநோய்ச் சிகிச்சை மருத்துவமனையை விரிவுபடுத்து வதற்கும், மாநிலம் முழுவதற்குமான புற்றுநோய்க் கட்டுப்பாட்டுத் திட்டத்தைப் படிப்படியாக மேம்படுத்தவும், மேற்கொண்டு நிதியுதவி அளிக்குமாறு நாம் கேட்டுக்கொள்ளக் கருதியுள்ளோம்.

மாநில நிதிகள்.

கொள்ளை நோயில் சம்பந்தப்பட்ட புதிய திட்டமும், உயிர்மாக்கள் ஆய்வுப் பள்ளியும் தன்னகத்தே கொண்டு தற் போதுள்ள நிறுவனத்தைப் பராமரிப்பதில் அரசுக்குத் தொடர

இனச் செலவாக ரூ. 10.04 லட்சமும், தொடர் இனச் செலவாக ரூ. 3.5 லட்சமும் ஆகும். இந் நிறுவனம் புற்றுநோய்த் தடுப்பில் மருத்துவர்களுக்கும், மருத்துவத் துணைப் பணியாளர்களுக்கும் பயிற்சியளிக்கிறது. இந்நிறுவனத்திலிருந்து 4½ மைல் தொலைவில் காரப்பேட்டை கிராமத்தில் 100 படுக்கைகள் கொண்ட புற்றுநோய்ச் சிகிச்சை மருத்துவ மனையைக் கட்டுவதற்காக, அரசு ரூ. 35.02 லட்சம் (கட்டிடங்களுக்கு ரூ. 27 லட்சம், குளிர் சாதன வசதிக்கு ரூ. 6.92 லட்சம், நிலத்தின் விலைக்கு 1.10 லட்சம்) அனுமதித்துள்ளது. அதே மருத்துவ மனைக்கு 150 படுக்கைகள் கொண்டதாக மாற்ற அரசு தற்போது ரூ. 17 லட்சத்தை அனுமதித்துள்ளது. எனவே, மொத்த படுக்கைகளின் எண்ணிக்கை 250 ஆகிறது. இம் மருத்துவமனையிலுள்ள படுக்கைகளின் எண்ணிக்கை 350 ஆக உயர்த்தப்படுமென்று எதிர்பார்க்கப்படுகிறது. 100 படுக்கைகள் கொண்ட புற்றுநோய்ச் சிகிச்சை மருத்துவமனையின் அடித்தளத்தில் கதிரியக்கத் தொகுதிக் கட்டிடம் முடிவடைந்தவுடன், குறைந்தளவு தடுப்பு மருத்துவ வசதிகள் ஏற்படுத்துவதற்காக, தொடரா இனச் செலவாக ரூ. 0.73 லட்சமும், தொடர் இனச் செலவாக ரூ. 0.68 லட்சமும் அரசு அனுமதித்துள்ளது.

<u>அறிஞர் அண்ணா நினைவு புற்றுநோய்ச் சிகிச்சை நிலையம் இந்தியாவிலும், தென்கிழக்கு ஆசியாவிலும் வருங்காலத்தில் ஆற்றும் பணி.</u>

இந்திய அரசு தகவல் பிரிவின் வெளியீட்டின்படி புற்றுநோய் அறுவைச் சிகிச்சை, கதிர் வீச்சு மருத்துவம், வேதியியல் வகை மருத்துவம் போன்ற நவீன வசதிகளுடன் கூடிய 250 படுக்கை கொண்ட மருத்துவமனையாகவும் மருத்துவப்பட்டதாரிகளுக்கும், பட்டமேற்படிப்பு மருத்துவப்பட்டதாரிகளுக்கும் பயிற்சி அளிப்பதற்கும் இந்நிலையத்தைப் புற்றுநோய்த் தடுப்பு அடங்கல் திட்டத்துடன் புற்றுநோய்ச் சிகிச்சை ஆராய்ச்சிக்கான 11 வட்டார நிலையங்களுள் ஒன்ருகவும் மேம்படுத்த இந்திய அரசின் புற்றுநோய் மதிப்பீட்டுக்குழு பரிவுரை செய்துள்ளது.

கொள்ளை நோயியலிலும் புற்றுநோய்த் தடுப்பு குறித்து ஆரம்ப நிலையில் கண்டு பிடிக்கும் முறையிலும், மருத்துவப் பணியாளர்களுக்கும், மருத்துவத் துணைப் பணியாளர்களுக்கும் பயிற்சி அளிப்பது தவிர, தென்கிழக்கு ஆசியாவிலேயே, இந் நிறுவனம்

1975 மார்ச் 27]

மாநில புற்றுநோய் மருத்துவ மனையாக மேம்படுத்தப்படும். இந் நிறுவனம் புற்றுநோய் பற்றிய அடிப்படை ஆராய்ச்சிக்கு வசதி அளிப்பதும் புரையோடும் கட்டி (Ogncyo'o) பற்றி பல்வேறு கூறுகள் குறித்து பட்டமேற்படிப்பு மருத்துவர்களுக்குப் பயிற்சி அளிப்பதையும் நோக்கமாகக் கொண்டிருக்கும் அறுவைச் சிகிச்சையிலும், புரைக்கட்டி மருத்துவச் சிறப்புப் பட்டம் பெற வகை செய்யப்பட்டுள்ளது.

தனியார் புற்றுநோய்ச் சிகிச்சை மருத்துவ மனைகளுக்கு மாநில உதவி.

புற்றுநோய்க்குச் சிகிச்சையளிக்கும் கீழ்க்காணும் புற்றுநோய்ச் சிகிச்சை தனியார் மருத்துவமனைகளுக்கு அரசு நிதி உதவி அளித்துள்ளது :—

புற்றுநோய்ச் சிகிச்சை நிறுவனம், அடையாறு—ஆண்டொன் றுக்கு 4.25 லட்சம் (பராமரிப்பு மானியம்).

G. குப்புசாமி நாயுடு நினைவு மருத்துவமனை, கோயம்புத்தூர் —ஆண்டொன்றுக்கு 1 லட்சம் (பராமரிப்பு மானியம்).

XII. மருந்துக் கட்டுப்பாடு.

சுகாதாரப் பணிகள்-குடும்ப நலத் துறை இயக்குநர் மாநிலத்தின் மருந்துக் கட்டுப்பாடு-உரிமம் வழங்கும் அதிகாரி யாவார். இவருக்கு, மாநிலத் துணை மருந்துக் கட்டுபாட்டு அதிகாரி ஒருவரும், மாநில மருந்து உதவிக் கட்டுப்பாட்டு அதிகாரி இருவரும் உதவி புரிகின்றனர். 59 மருந்து ஆய்வாளர்களும், 10 முதுநிலை மருந்து ஆய்வாளர்களும் உள்ளனர்.

தமிழ்நாட்டில் 398 மருந்து தயாரிப்பு நிறுவனங்களும் 7,105 விற்பனை நிலையங்களும் உள்ளன. 1973–74-ல் 27,535 விற்பனை நிலையங்கள், 1,101 தயாரிப்பு நிறுவனங்கள், 700-க்கு மேற்பட்ட மருத்துவமனை மருந்தகம்—மருந்துக் கடைகள் மருந்து ஆய்வாளர்களால் சோதனையிடப்பட்டன. இந்தக் கால அளவில் மருந்து—ஒப்பனைப் பொருட்கள் சட்டத்தின்கீழ் 153 வழக்குகளில் வழக்குத் தொடரவும், மருந்து விலைக் கட்டுப்பாட்டு ஆணைகளின் கீழ் 46 வழக்குகள் மீது வழக்குத் தொடரவும் அனுமதி வழங்கப்

பட்டன. மருந்துகள்—மாயஜால மருந்துகள் (ஆட்சேபகரமான விளம்பரங்கள்) சட்டத்தின்கீழ் 948 விளம்பரங்கள் தணிக்கை செய்யப்பட்டன.

1974–75-ல் அரசு, 1950 ஆம் ஆண்டு அபாயகரமான மருந்துச் சட்டத்தின் நிர்வாகத்தை மாநில ஆயத் துறையின் ஆட்சி வரம்பிலிருந்து மருந்துக் கட்டுப்பாட்டு நிர்வாகத் துறைக்கு மாற்ற கொள்கை அளவில் ஒப்புக் கொண்டுள்ளது.

1974-75-ல் அடைந்த சாதனைகள்.

(1) சில நிறுவனங்களும் தனியார்களும் மருத்துவமனை இலச்சினையோடு மருந்துகள் விற்பனை செய்ததாக கண்டுபிடிக்கப் பட்டனர். எல்லா நேர்வுகள் குறித்தும் சரியாக ஆய்வு செய்து தவறு செய்த தனி நபர்கள் மீதும் நிறுவனங்கள் மீதும் வழக்குத் தொடரப்பட்டது.

(2) மருந்துப் பற்றுக்குறை ஏற்பட்டதன் காரணத்தால் அங்காடியிலும் மருத்துவமனைகளிலும் கிடைக்கும் மருந்துகள் பற்றி கவனமாகக் கண்காணித்து வரப்படுகிறது. பற்றுக் குறைகள் ஏற்பட்டுள்ள நேர்வுகள் அனைத்தும் இந்திய அரசின் மருந்துக் கட்டுப்பாட்டு அதிகாரியின் கவனத்திற்கு முறையாகக் கொண்டு வரப்படுகின்றன.

(3) கள்ளத்தனமாக விற்பனை செய்யப்படுதலை அல்லது மருந்துகளைப் பதுக்கி வைத்தலைத் தடுக்கும் பொருட்டு மருந்து கிடைக்கும் அளவு, அவற்றின் விலை ஆகியவை பற்றி உன்னிப்பாகக் கண்காணிக்கப்பட்டு வருகிறது. மருந்து (விலைக் கட்டுப்பாட்டு) ஆணையின் கீழ் 1—4—1974 முதல் 30—9—1974 வரை 17 வழக்குகள் தொடரப்பட்டுள்ளன.

(4) டெக்ஸ்ட்ரோஸ் ஊசி போடப்பட்டதனால் கான்பூரில் இறப்புகள் ஏற்பட்டதாக அறிவிக்கப்பட்டதையொட்டி இம்மாநிலத்தில் உடலில் செலுத்தும் கரைசலைத் தயாரிக்கும் அனைவரும் அடிக்கடிச் சோதனையிடப்பட்டனர். மாநிலத்திற்குக் கொண்டு வரப்படும் கரைசலின் தரம் பற்றி கண்காணிக்கப்பட்டு வருகிறது.

1975 மார்ச் 27]

மருந்து சோதனை ஆய்வுக்கூடம், கிண்டி 'கிங்' நிறுவனத்தில் 1948 ஆம் ஆண்டிலிருந்து செயல்பட்டு வந்துள்ளது. மருந்துகளைப் பகுப்பாய்வு செய்வதற்கு தற்போதுள்ள வசதிகளை மேம்படுத்தும் நோக்கத்துடன், ஆய்வுக்கூடத்திற்கு புதுக் கட்டிடத்தின் அடித்தளத்தைக் கட்டுவதற்கு ரூ. 5 லட்சத்திற்கு அரசு ஒப்பளிப்பு வழங்கியுள்ளது. மேற்கொண்டும் இரண்டு மாடிகள் கட்டுவதற்கும் சாதனங்கள், மரச் சாமான்கள் வாங்குவதற்கும் ரூ. 12.40 லட்சம் வழங்கக் கருதப்பட்டுள்ளது.

XIII. முதலமைச்சர் கலைஞர் கருணாநிதி இலவச கண் சிகிச்சை முகாம்.

பார்வையிழந்த லட்சக்கணக்கான மக்களின் வாழ்க்கையில் புத்தொளி ஏற்படுத்தும் பொருட்டு, மாண்புமிகு முதல்வரின் பிறந்த நாள் விழாவையொட்டி, 3—6—1972-லிருந்து முதலமைச்சர் கலைஞர் கருணாநிதி இலவச கண் சிகிச்சை முகாம் எனப்படும் கண்ணொளி வழங்கும் மாபெரும் திட்டமொன்றை அரசு தொடங்கியுள்ளது. முதல்வரின் பிறந்த நாள் பரிசாக பொதுமக்கள் வழங்கும் தொகைகள் இத்திட்டத்திற்கு மூலதனமாய் இருக்கும்.

இத் திட்டத்தைப் பயனளிக்கத் தக்க வகையில் செயல்படுத்துவதற்கு, இம் மாநிலம் ஐந்து மண்டலங்களாகப் பிரிக்கப்பட்டுள்ளது; ஐந்து கண் நோய் சிகிச்சை இயலூர்திப் பிரிவுகளுக்கு—ஒவ்வொரு பிரிவும் தகுந்த பணியாளர்கள் கொண்டது—அரசு அனுமதி வழங்கியுள்ளது. ஒவ்வொரு மண்டலத்திற்கும் ஒவ்வொரு பிரிவும் பொறுப்புடையது. நிர்வாகக் காரியங்களுக்காக கீழே கொடுக்கப்பட்டுள்ளவாறு கண் சிகிச்சை இயலூர்திப் பிரிவுகள் அரசு மருத்துவ நிறுவனங்களுடன் இணைக்கப்பட்டுள்ளன. இப் பணியை விரைவுபடுத்துவதற்கு சாதனங்கள், போக்குவரத்து முதலிய வற்றுடன் பணியாளர்களைக் கொண்ட சிறப்பு மாவட்ட துணை ஆட்சித் தலைவர் பதவி ஒன்றுக்கும் அரசு அனுமதி வழங்கியுள்ளது.

[1975 மார்ச் 27

ஒவ்வொரு மண்டலத்தின் கீழும் உள்ளபகுதி.	கண்சிகிச்சை இயலூர்திப் பிரிவுகள் இணைக்கப்பட்டுள்ள அரசு மருத்துவ நிறுவனங்கள்
1. சென்னை, செங்கற்பட்டு, தென் ஆர்க்காடு.	அரசு கண்நோய் மருத்துவமனை.
2. வட ஆர்க்காடு, தருமபுரி.	ஷை
3. தஞ்சாவூர், திருச்சிராப்பள்ளி, புதுக்கோட்டை.	ராஜாமிராசுதார் அரசு மருத்துவமனை, தஞ்சாவூர்.
4. கோயம்புத்தூர், சேலம், நீலகிரி.	கோயம்புத்தூர் மருத்துவக் கல்லூரி மருத்துவமனை, கோயம்புத்தூர்.
5. மதுரை, ராமநாதபுரம், திருநெல்வேலி, கன்னியாகுமரி.	அரசு எர்ஸ்கின் மருத்துவமனை, மதுரை.

இந்த ஐந்து பிரிவுகளில், இரண்டு சென்னையில் உள்ள அரசு கண்நோய் மருத்துவமனை கண்காணிப்பாளர் மேற்பார்வையின் கீழும், பொறுப்பின் கீழும் உள்ளன. எஞ்சிய மூன்று பிரிவுகள், மதுரையிலுள்ள எர்ஸ்கின் அரசு மருத்துவமனை கண் நோய் சிகிச்சை மருத்துவர் பொறுப்பின் கீழும் உள்ளன. சாதாரணமாக, ஒவ்வொரு பிரிவும், ஒரு திங்களில் இரண்டு முகாம்களை நடத்தி சுமார் 300-லிருந்து 500 புரையோடிய கண் அறுவை சிகிச்சைகளும் கண் நோயினால் பாதிக்கப்பட்ட பல்லாயிரக்கணக்கான மக்களுக்கு சிகிச்சையும் அளிக்கிறது.

ஆண்டு வாரியான சாதனைகள் கீழே கொடுக்கப்பட்டுள்ளன :—

ஆண்டு.	நடத்தப்பட்ட கண் சிகிச்சை முகாம் களின் எண் ணிக்கை.	புற நிலை நோயாளி களின் எண் ணிக்கை.	புரையோடிய கண் அறுவை சிகிச் சைகளின் எண் ணிக்கை.	மாலைக் கண் அறுவை சிகிச்சை எண்ணிக்கை (Refraction).	சிறிய அறுவை சிகிச்சைகளின் எண்ணிக்கை.
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
1972–73	57	2,44,349	32,948	37,375	688
1973–74	80	2,44,343	31,931	27,359	246
1974–75 (1975–76 வரை)	87	1,62,108	25,371	15,651	252
மொத்தம் ..	224	6,50,800	90,250	80,385	1,186

1975 மார்ச் 27]

மாவட்ட வாரியான புள்ளி விவரங்கள் கீழே கொடுக்கப்பட்டுள்ளன:—

மாவட்டத்தின் பெயர்.	நடத்தப்பட்ட கண் சிகிச்சை முகாம் களின் எண்ணிக்கை.	புறநிலை நோயாளி களின் எண்ணிக்கை.	புரையோடிய கண் அறுவை சிகிச்சை களின் எண்ணிக்கை.	மாலைக் கண் அறுவை சிகிச்சை (Refraction).	இதர அறுவை சிகிச்சைகள்.
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
1. சென்னை	6	8,979	624	1,819	..
2. செங்கற்பட்டு	23	30,364	6,290	5,917	20
3. வட ஆர்க்காடு	17	39,364	7,029	7,700	9
4. தென் ஆர்க்காடு	16	42,740	6,452	7,618	45
5. தருமபுரி	8	16,414	2,154	5,275	8
6. தஞ்சாவூர்	18	83,757	10,901	7,905	220
7. திருச்சிராப்பள்ளி	19	75,172	10,619	6,862	48
8. சேலம்	19	51,139	8,820	5,126	114
9. கோயம்புத்தூர்	24	75,405	12,184	8,263	153
10. நீலகிரி	7	22,103	822	2,102	174
11. மதுரை	19	89,400	10,471	6,725	148
12. ராமநாதபுரம்	23	61,977	6,880	9,109	137
13. திருநெல்வேலி	17	40,358	5,810	3,621	87
14. கன்னியாகுமரி	6	9,761	665	1,954	23
15. புதுக்கோட்டை	2	3,415	519	389	..
மொத்தம்..	224	6,50,800	90,250	8,00,385	1,186

கண் சிகிச்சை முகாம்களைத் தவிர, கீழ்க்கண்ட மருத்துவ மனைகளில் நிலையான கண் சிகிச்சை முகாம்கள் தொடர்ந்து நடத்தப்படுகின்றன :—

1. உதகமண்டலம் தலைமையிட மருத்துவமனை.
2. சேலம் தலைமையிட மருத்துவமனை.
3. செங்கற்பட்டு மருத்துவக் கல்லூரி மருத்துவமனை.
4. அரசு மருத்துவமனை, தாம்பரம்.
5. ஸ்டேன்ஸ் கல்யாண மண்டபம், கோயம்புத்தூர்.
6. அரசுத் தலைமையிட மருத்துவமனை, திருச்சி.
7. தமுக்கம் திடல், மதுரை.

இத் திட்டத்திற்கு. சுகாதாரப் பணிகள்--குடும்ப நலத் திட்ட இயக்குநர் முழுப் பொறுப்பு வகிக்கிறார். வருவாய்த் துறை, வளர்ச்சி வட்டாரப் பணியாளர்களின் உதவியுடன் மாவட்ட

ஆட்சித் தலைவர்கள், பிரிவு மருத்துவ அதிகாரிகளுடன் கலந்தாலோசித்து இந்த முகாம்களை நடத்துகின்றனர்.

பணியாளர்கள் செலவு நீங்கலாக (அதாவது பணியாளர்களின் சம்பளங்கள், படிகள்) இத் திட்டத்திற்காகும் செலவு, "முதலமைச்சர் கண் சிகிச்சை முகாம் நிதி" என்று அழைக்கப்படும் சிறப்பு நிதியிலிருந்து செய்யப்படுகிறது. இத் திட்டத்திற்கான செலவு, தொடக்கத்தில் அரசு நிதிகளிலிருந்து செய்யப்பட்டு, பின்னர் குறிப்பிட்ட காலத்திற்கு ஒருமுறை "முதலமைச்சர் கண் சிகிச்சை முகாம் நிதி"யிலிருந்து திரும்பப் பெறப்படுகிறது.

கண் புரை அறுவை சிகிச்சை ஒன்றுக்கு தோராயமாக ரூ. 55 செலவாகும் என்றும், புற நோயாளிகளுக்கு தோராயமாக ரூ. 0.50 செலவாகும் என்றும் மதிப்பிடப்பட்டுள்ளது. 1972-73, 1973-74 ஆகிய ஆண்டுகளுக்கான செலவுத் தொகை ரூ. 40,74,832 முதலமைச்சர் கண் சிகிச்சை முகாம் நிதியிலிருந்து இதுவரை கொடுக்கப்பட்டுள்ளது. 1974-75 ஆம் ஆண்டிற்கு, கண் சிகிச்சை முகாம்களுக்காக ரூ. 20 லட்சம் நிதி ஒதுக்கப்பட்டுள்ளது.

XIV. ஹோமியோபதி :

தமிழ்நாடு 1971 ஆம் ஆண்டு, ஹோமியோபதி மருத்துவ முறை—ஹோமியோபதி மருத்துவர்கள் சட்டம் இம் மாநிலத்தில் 1972 மே 5 ஆம் நாளிலிருந்து செயலில் உள்ளது. மேற்படி சட்டத்தின் விதித் துறைகளின் கீழ் அமைக்கப்பட்ட ஹோமியோபதி குழு, ஹோமியோபதி மருத்துவர்களுக்குப் பதிவுச் சான்றிதழ் வழங்குவதற்கான தொடக்கப் பணியை முடித்துள்ளது. இது விரைவிலேயே சான்றிதழ்களை வழங்கும்.

50 படுக்கைகள் கொண்ட மருத்துவமனையுடன் இணைந்த ஹோமியோபதி அரசு மருத்துவக் கல்லூரி ஒன்றைத் திறக்க அரசு கொள்கையளவில் ஒப்புக்கொண்டுள்ளது. கல்லூரிக்கும் மருத்துவமனைக்கும் தேவைப்படக்கூடிய இடம், 1975 மே திங்களுக்குள் சென்னை மாநகரில் ஒதுக்கப்படுமென எதிர்பார்க்கப்படுகிறது. மருத்துவமனையுடன் இணைந்த மருத்துவக் கல்லூரி, அடுத்த கல்வியாண்டிலிருந்து செயல்படத் தொடங்குமென எதிர்பார்க்கப்படுகிறது. தயாரிக்கப்பட்ட தாற்காலிக செயற்குறிப்புகளுக்கிணங்க பணியாளர்களை

1975 மார்ச் 27]

நியமிப்பதற்கும், மருத்துவக் கல்லூரி, மருத்துவமனையைப் பராமரிப்பதற்கும் ஆகக் கூடிய தொடர் செலவு ஆண்டுக்கு சுமார் ரூ. 3.50 லட்சம் ஆகும் ; கல்லூரிக்கும், மருத்துவமனைக்கும், சாதனங்கள், புத்தகங்கள், மேசை, நாற்காலிகள் போன்ற பொருள்கள் முதலியன வாங்குவதற்கு தொடரா இனச் செலவு சுமார் ரூ. 3 லட்சம் ஆகும்.

தனியார் மருத்துவ நிறுவனங்களுக்கு உதவி மானியம் :

தகுதியான நேர்வுகளில், தனியார் நிறுவனங்கள், சங்கங்கள், கழகங்கள், கிறித்தவ சமய நிறுவனங்கள் முதலியவற்றின் கட்டுப்பாட்டின் கீழுள்ள மருத்துவ நிறுவனங்களுக்கு உதவி மானியம் வழங்கப்படுகிறது. இந்த மானியங்கள், தனியார் தொழு நோய் மருத்துவ நிறுவனங்களுக்கு தலைக்கட்டு மானியமாக வழங்கப்படுகின்றன. 1974–75 ஆம் ஆண்டில், தொண்டு நிறுவனத்திற்கு உதவி மானியமாக ரூ. 33.55 லட்சம் வழங்கப்பட்டது.

XV. இந்திய முறை மருத்துவம் :

இந்திய முறை மருத்துவத்தின் மேன்மையையும், பாரம்பரியத்தையும் மீண்டும் ஏற்படுத்தவும் குறிப்பாக, தமிழ் நாட்டிலும் தென்மாநிலங்களிலும் நாட்டுமுறை மருத்துவமாக கையாளப்பட்டு வந்துள்ள சித்த மருத்துவத்தின் மேன்மையையும் பாரம்பரியத்தையும் மீண்டும் ஏற்படுத்தவும் மிகவும் ஆவலாக உள்ளது. ஆயுர்வேத, யுனானி போன்ற ஏனைய மருத்துவ முறைகளுக்கு ஊக்கமளிக்கவும் அரசு விழைகிறது.

சென்னை மாநகர்.—நூறு படுக்கைகளுடன் அறிஞர் அண்ணா அரசினர் இந்திய முறை மருத்துவமனை 1970 ஆம் ஆண்டில் தொடங்கப்பட்டது. 100 படுக்கைகளில், 34 சித்த முறை மருத்துவத்திற்கும், 33 ஆயுர்வேத முறை மருத்துவத்திற்கும் 33 யுனானி முறை மருத்துவத்திற்கும் ஒதுக்கப்பட்டுள்ளது.

இந்த மூன்று இந்திய முறை மருத்துவத்திற்கும் தேவைப்படக் கூடிய மருந்துகளைத் தயாரிப்பதற்கு இந்த மருத்துவமனையுடன் மருந்தகம் ஒன்றும் இணைக்கப்பட்டுள்ளது. மருந்தகப் பிரிவு ஒன்றைப் புதிதாகக் கட்டுவதற்கு அரசு அண்மையில் ரூ. 3.3 லட்சம் அனுமதி வழங்கியுள்ளது. கட்டிடம் கட்டும் பணி முடிக்கப்பட்டுள்ளது.

பிணியாளர்களுக்கு சிகிச்சையளிப்பதற்கு மருந்து சம்பந்தப்பட்ட பச்சை மூலிகைகள் உடனுக்குடன் கிடைக்கச் செய்வதற்காக, மூலிகைத் தோட்டம் ஒன்றும் மருத்துவமனைக்கு அருகில் வளர்க்கப்பட்டுள்ளது. இந்த மூலிகைத் தோட்டத்தை மேம்படுத்துவதற்கு 1973–74-ல் ரூ. 23,000 அனுமதிக்கப் பட்டுள்ளது.

கல்வி.—சித்த, ஆயுர்வேத, யுனானி ஆகிய மருத்துவத்தில் இரண்டாண்டுப் பட்டயப் படிப்பு வகுப்புகள் 1974–75-ல் ஆரம்பிக்கப்பட்டன. சித்த முறை மருத்துவத்தில் 15 மாணவர்களும், ஆயுர்வேத முறை மருத்துவத்தில் 5 மாணவர்களும், யுனானி முறை மருத்துவத்தில் 5 மாணவர்களும் படித்து வருகின்றனர். இது, அறிஞர் அண்ணா இந்திய முறை மருத்துவமனையுடன் இணைந்துள்ளது. மாணவர்களுக்கு திங்கள் ஒன்றுக்கு ரூ. 30 பயிற்சி உதவித் தொகை வழங்கப்படுகிறது.

மருந்தகங்கள்.—தற்போது 3 சித்த முறை மருந்தகங்கள் தலைமைச் செயலகம், சேப்பாக்கம், சைதாப்பேட்டை ஆகிய இடங்களில் செயல்படுகின்றன. திருவல்லிக்கேணியில் மற்றும் ஒரு சித்த மருந்தகம் திறக்கப்படவிருக்கிறது. இதற்கான கட்டிடம் ரூ. 49,000 செலவில் கட்டி முடிக்கப்படும் நிலையில் உள்ளது.

கட்டிடத் திட்டம்.—1974–75-ல் கீழ்க்கண்ட கட்டிடங்கள் கட்டப்பட்டன :—

	(ரூபாய் லட்சத்தில்.)
(1) சென்னை—29-ல் உள்ள அறிஞர் அண்ணா அரசு மருத்துவ மனையில் இந்திய முறை மருத்துவத்திற்கு 25 படுக்கைகள் கொண்ட பிரிவிற்கும் கூடுதல் இட வசதி (கிழக்குப் பிரிவு) ..	1·45
(2) சென்னை—29-ல் உள்ள அறிஞர் அண்ணா அரசு மருத்துவ மனையில் சித்த மருத்துவத்திற்கு என்று 25 படுக்கைகள் அமைப்பதற்குக் கூடுதல் இட வசதி (மேற்குப் பகுதி) ..	1·41
(3) சென்னை, அறிஞர் அண்ணா இந்திய முறை மருத்துவ அரசு மருத்துவ மனையில் புதிய மருந்தகப் பிரிவு ..	3·56
(4) சென்னை, கஸ்தூரிபாய் காந்தி மருத்துவ மனைக்கு எதிரே, திருவல்லிக்கேணியில் சித்த மருந்தகம் ..	0·40
(5) சென்னை, அறிஞர் அண்ணா இந்திய முறை மருத்துவ அரசு மருத்துவ மனையில் மருந்துச் செடிப் பண்ணை ..	0·87
மொத்தம் ..	7·69

1975 மார்ச் 27]

அறிஞர் அண்ணா இந்திய முறை அரசினர் மருத்துவ மனையில் ரூ. 5 லட்சம் செலவில் மத்திய ஆராய்ச்சி நிறுவனத்திற்கான (சித்த) கட்டிடம் கட்டப்பட்டு வருகிறது. 1975–76-ல் கீழ்க்கண்ட பணிகளை மேற்கொள்ளத் திட்டமிடப்பட்டுள்ளது :—

	(ரூபாய் லட்சத்தில்.)
(1) சென்னை கேப்டன் சீனிவாசமூர்த்தி ஆராய்ச்சி நிலையத்திற்கு மத்திய ஆராய்ச்சி நிறுவனத்தின் மீது (சித்த) இரண்டாவது, மூன்றாவது மாடி கட்டுதல்.	3.90
(2) சென்னை அறிஞர் அண்ணா அரசினர் இந்திய முறை மருத்துவமனையில் தற்போதுள்ள சமையல் அறையை அடுத்து பண்டகசாலை அறை கட்டுதல்.	0.40
(3) பாளையங்கோட்டையிலுள்ள இந்திய முறை மருத்துவக் கல்லூரியிலுள்ள மருந்தகத்திற்கு மேம்பாடு.	1.00
மொத்தம்	5.30

ஆராய்ச்சி.—புதுடில்லியிலுள்ள, இந்திய முறை மருத்துவ ஆராய்ச்சி மத்தியக் குழு, மாநகரில் கீழ்க்கண்ட ஆராய்ச்சிப் பிரிவுகளை அமைத்துள்ளது. செவிலியர் வசதிகள் உட்பட மருத்துவ மனையில் இடவசதி, படுக்கை வசதி ஆகியவற்றை மாநில அரசு செய்து கொடுத்துள்ளது. ஏனைய செலவுகள் அனைத்தையும், இந்திய முறை மருத்துவம்—ஹோமியோபதி ஆராய்ச்சிக்கான மத்தியக் குழு ஏற்கிறது.

(i) மத்திய ஆராய்ச்சி நிறுவனம் (சித்தா).—குடற்புண் குறித்த மருத்துவ ஆராய்ச்சி, புற்றுநோய் குறித்த மருத்துவ ஆராய்ச்சி ஆகியவை ஒவ்வொன்றிக்கும் 10 படுக்கைகளுடன் ஆராய்ச்சிப்பணி மேற்கொள்ளப்பட்டுள்ளது. சுமார் இரண்டு நோய்களுக்கு பயன்படுத்தப்படும் மருந்துகள் குறித்த மருந்தாக்க இயல் நடவடிக்கைகள் முறைப்படுத்தப்பட்டு வருகின்றன.

(ii) அறிஞர் அண்ணா அரசினர் இந்திய முறை மருத்துவ மனையில் மருத்துவ ஆராய்ச்சிப் பிரிவு (சித்தா). —சொறியாசிஸ் (Psorisis), கீல்வாயு (Rheumatoid Arthritic) போன்ற

[1975 மார்ச் 27

நோய்கள் குறித்த ஆராய்ச்சியை இப்பிரிவு மேற்கொள்கிறது. அறிஞர் அண்ணா அரசு இந்திய முறை மருத்துவ மனையின் வளவிற்குள் மத்திய ஆராய்ச்சி நிறுவனத்தை (சித்தா) அமைப்பதற்கு ரூ. 5.00 லட்சம் செலவில் கட்டிடம் ஒன்று கட்ட அரசு அனுமதி வழங்கியுள்ளது. இது கட்டப்பட்டு வருகிறது.

(iii) மருந்துகள் (சித்த) பிரிவைத் தரப்படுத்துதல்.—அடையாறிலுள்ள கேப்டன் சீனிவாசமூர்த்தி நிறுவனம், இந்திய முறை மருத்துவ மத்திய ஆராய்ச்சிக் குழுவின்கீழ் செயல்படுகிறது. சென்னை-29-ல் உள்ள அறிஞர் அண்ணா அரசினர் இந்திய முறை மருத்துவ மனை வளவிற்குள் உள்ள மத்திய ஆராய்ச்சி நிறுவனத் அரிதான அச்சிடப்பட்ட புத்தகங்கள், ஆகியவற்றைச் சேகரித்தல், இதற்கு இட வசதி செய்து கொடுக்க அரசு கருதியுள்ளது.

ஏனைய சிறப்புத் திட்டங்கள்.

(i) பனை ஓலைச் சுவடிகள், கையெட்டுப் பிரதிகள், மிக அரிதான அச்சிடப்பட்ட புத்தகங்கள், ஆகியவற்றைச் சேகரித்தல், அச்சிட்ட புத்தகங்களை வாங்குதல்.

(ii) சித்த மருத்துவ நூல்கள், B.I.M. and M.D. (சித்தா) பட்டப்படிப்பு, பட்டமேற்படிப்பிற்குரிய சித்த பாடப்புத்தகங்களை அச்சிட்டு வெளியிடுதல்.

(iii) "மூப்பு" நிலையை வகைப்படுத்துதல்.

மேற்சொன்ன பணிகள், சித்த அறிவியல் மேம்பாட்டுக் குழுவாலும், இக் குழுவின் பரிவுரைகளைச் செயல்படுத்த பொறுப்பிலுள்ள சித்த அறிவியல் மேம்பாட்டுக் குழுவின் சிறப்பு அதிகாரியாலும் மேற்கொள்ளப்பட்டு வருகின்றன. இக் குழு இது வரை, கீழ்க்கண்டவற்றைச் சேகரித்துள்ளது :—

(1) பனை ஓலைச்சுவடிகள் 360.

(2) கையெட்டுப் பிரதிகள் 84. (இவற்றில், காலஞ்சென்ற T.V. சாம்பசிவம் பிள்ளையால் எழுதப்பட்ட தமிழ் அகராதியின் கையெட்டுப் பிரதியின் சுமார் 5,000 பக்கங்களை நாம் வாங்கியுள்ளோம்).

(3) மிக அரிதான அச்சிடப்பட்ட புத்தகங்கள் 561.

[1975 மார்ச் 27

(4) அச்சிடப்பட்ட புத்தகங்கள் இரண்டு வாங்கப்பட்டன. அதாவது :—

(1) அகஸ்தியர் குணவாகடம்.

(2) நோய்களுக்கு சித்த மருத்துவ சிகிச்சை. (ஒவ்வொன்றிலும் 500 படிகள்).

இதைத்தவிர "யாமக வெண்பா" என்று அழைக்கப்படும் புத்தகம் ஒன்றின் 500 படிகள் அரசுக்கு நன்கொடையாக வழங்கப்பட்டது.

(1) நஞ்சு நூல்.

(2) பாலவாகடம் ஆகிய நூல்களின் 500 படிகளை அரசு அச்சிட்டுள்ளது.

"சித்த மருந்துகளின் வரலாறு" குறித்த புத்தகம் தமிழிலோ ஆங்கிலத்திலோ இல்லை. நமது நாட்டிலுள்ள சிறந்த மருத்துவர்கள் பலர் சித்த மருத்துவம் குறித்து அறிந்து கொள்ள ஆவலாய் உள்ளனர். சித்தமுறை மருத்துவத்தை மக்கள் விரும்பி சிகிச்சை பெறச் செய்யும் நோக்கத்துடன், "சித்த மருந்துகளின் வரலாறு" குறித்த நூலை ஆங்கிலத்தில் எழுதும் பணி நமது மாநிலத்திலுள்ள பலதுறைகளில் புலமை பெற்ற அறிஞர் ஒருவரிடம் ஒப்படைக்கப்பட்டுள்ளது. இவர், சித்த அறிவியல் மேம்பாட்டுக் குழுவில் ஒரு உறுப்பினராவார்.

தனியார் வெளியீடுகள்.—பழனியிலுள்ள, அருள்மிகு தண்டாயுதபாணி தேவஸ்தானம், தனிப்பட்டவர்கள் எழுதிய அல்லது சேகரித்த அரிய சித்த மருத்துவ நூல்களை அச்சிட்டு வெளியிடுவதற்கு ரூ. 2.00 லட்சம் நன்கொடை வழங்கியுள்ளது. 10 நூல்களை அச்சிடும் பணி முடியும் நிலையில் உள்ளது.

மாவட்டங்கள்.—மாணவர்களுக்கு B.I.M. பட்டப் படிப்பில் மருத்துவப் பயிற்சி அளிப்பதற்காக பாளையங்கோட்டையில் 100 படுக்கைகளுடன்கூடிய இந்திய முறை மருத்துவக் கல்லூரி 1966-ல் ஆரம்பிக்கப்பட்டது. கல்லூரியுடன் இணைந்த இந்த மருத்துவ மனைக்கு அரசு ரூ. 8 லட்சம் செலவில் புதிய கட்டிடம் ஒன்று கட்டிக் கொடுத்துள்ளது. கல்லூரிக்கு ரூ. 10 லட்சம் செலவில்

புதிய கட்டிடம் கட்டியுள்ளது. 1972 டிசம்பரில், இந்திய அரசின் முழு அளவு மானியத்துடன் M. D. (சித்த) பட்ட மேற்படிப்பு தொடங்கப்பட்டது. இதனால், மருத்துவம் (சித்த மருந்துகள்), குணபாடம் (சித்தா மெட்டீரியா மெடிகா) ஆகிய துறைகள் தரமுயர்த்தப்பட்டன. மாணவர்களுக்குத் தகுந்த மருத்துவப் பயிற்சி அளிப்பதற்கும், படுக்கை வசதிகளைச் செய்துகொடுக்கும் பொருட்டு, ரூ. 5 லட்சம் செலவில் கூடுதலாக 100 படுக்கைகளுக்கு அரசு அனுமதி வழங்கியுள்ளது. இந்த மருத்துவமனையுடன், மருந்துகள் தயாரிக்கும் மருந்தகம் ஒன்றும் இணைக்கப்பட்டுள்ளது. இந்த மருந்தகத்தை அமைப்பதற்கு ரூ. 1 லட்சம் செலவில் கட்டிடம் ஒன்று கட்டுவதற்கு அனுமதி வழங்கத் திட்டமிடப்பட்டுள்ளது. இந்த மருத்துவமனையுடன் மூலிகைச் செடி தோட்டம் ஒன்றும் உள்ளது. கன்னியாகுமரி மாவட்டத்தில் அழகிய பாண்டியபுரத்தில் மருத்துவ மூலிகைகள் பண்ணை ஒன்றை அமைப்பதற்கும் அரசு அனுமதி வழங்கியுள்ளது.

மக்களிடையே, இந்திய முறை மருத்துவத்தை பிரசித்தப்படுத்தும் நோக்கத்துடன், அரசு, 14 தலைமையிடங்களிலும், 25 வட்டத் தலைமையிடங்களிலும் சித்த மருத்துவப் பிரிவுகளைத் திறந்துள்ளது. ஏனைய இந்திய முறை மருந்தகங்களின் எண்ணிக்கை முதலியன V-வது அட்டவணையில் காட்டப்பட்டுள்ளன.

XVI குடும்ப நலத் திட்டம்.

1. பொது நோக்கம்.

நமது திட்டத்தில் குடும்ப நலத் திட்டம் தொடர்ந்து முதன்மை இடம் வகித்து வருகிறது. 1979 ஆம் ஆண்டுக்குள் பிறப்பு விகிதம் மக்கள் தொகையில் 1,000-க்கு 35-லிருந்து 25 ஆகக் குறைப்பதை நோக்கமாகக் கொண்டதுதான் குடும்ப நலத் திட்டக் கொள்கையாகும். குடும்ப நலத் திட்டம் தொடங்கப்பட்டதிலிருந்து 1975 பிப்ரவரி வரை, 18,11,300 பேருக்கு கருத்தடை அறுவை சிகிச்சைகள் அளித்தல், 2,46,650 கருத்தடை வளையங்கள் பொருத்துதல் போன்றவை செய்யப்பட்டுள்ளன. பல்வேறு முறைகளுக்காக திட்ட இலக்கு வரையறுக்கப்பட்டிருக்கையில், இந்த திட்டத்தை ஒன்று அல்லது

இரண்டு முறைகளுக்கு மட்டுமே வரையறுக்கப்பட முடியாது என்று வலியுறுத்தப்பட்டுள்ளது. ஆகவே, அனுமதிக்கப்பட்ட எல்லா முறைகளுக்கும் முக்கியத்துவம் அளிக்கப்பட்டுள்ளது.

2. நிர்வாக அமைப்பு.

இந்த அமைப்பில், மாநிலத் தலைமையிடத்தில், மாநிலக் குடும்ப நலத் திட்டக் கழகம், 13 மாவட்ட குடும்ப நலத் திட்டக் கழகங்கள், 241 நகர்ப்புற குடும்ப நலத் திட்ட நிலையங்கள், 374 கிராமப்புற குடும்ப நலத் திட்ட நிலையங்கள் ஆகியவை அடங்கியுள்ளன. நகர்ப்புற நிலையங்கள், அரசு மருத்துவ மனைகளிலும் உள்ளாட்சி மன்றங்களிலும், தொண்டு நிறுவனங்களிலும் அமைந்துள்ளன. கிராமத்தில் குடும்ப நல நிலையங்கள் தொடக்க சுகாதார நிலையங்களில் அமைந்துள்ளன.

3. பேறு காலத்திற்குப் பின் செய்யும் கருத்தடை அறுவைச் சிகிச்சைத் திட்டம் (Post Partum Programme).

மகப் பேறு மருத்துவமனைகளில் மகப் பேற்றுக்காகப் பெண்கள் சேர்த்துக் கொள்ளப்படும்போது, குடும்ப நலத் திட்ட நடவடிக்கைகளைத் தொடங்கித் தீவிரப்படுத்துவது இத் திட்டத்தின் நோக்கமாகும். மகப்பேறு காலத்திலும் மகப் பேறுக்குப் பின் 4 முதல் 6 வாரங்கள் வரையிலும் அறிவுரைத்து, அறுவை சிகிச்சை செய்துகொள்ளுமாறு தாய்மார்கள் கேட்டுக் கொள்ளப்படுகின்றனர்.

1973-74-ல் மகப் பேறு எய்தியவருக்குச் செய்யும் கருத்தடை அறுவைச் சிகிச்சைப் பிரிவுகள் 11 செயல்பட்டன. 1974-75 ஆம் ஆண்டில் இத் திட்டம் மேலும் 13 நிறுவனங்களுக்கு நீட்டிக்கப் பட்டுள்ளது. இதனால் 24 நிறுவனங்களில், 22 அரசு மருத்துவ மனைகளில், 2 தனியார் நிறுவனங்களில் இத் திட்டம் செயல் படுத்தப்பட்டு வருகிறது.

எழும்பூர், சேலம் ஆகிய இடங்களில் அரசின்கீழ் இரண்டும், தனியார் நிர்வாகத்தின்கீழ் காந்தி கிராமத்தில் ஒன்றும் ஆக 3 பயிற்சி நிலையங்கள் உள்ளன. இந் நிலையங்களில் மருத்துவ அதிகாரிகள், சுகாதார பார்வையாளர்கள் மற்றும் ஏனையோர் களுக்குப் பயிற்சி அளிக்கப்படுகின்றது.

[1975 மார்ச் 27

4. இலக்குகளும் சாதனைகளும்.

1973–74, 1974–75 ஆம் ஆண்டுக்கான இலக்குகளும், சாதனைகளும் பின்வருமாறு :—

	1973—74.		1974—75 (1975 பிப்ரவரி வரை).	
	இலக்கு.	சாதனை.	இலக்கு.	சாதனை
கருத்தடைக்கான அறுவை சிகிச்சை.	1,00,000	1,10,095	1,89,400	1,75,532
கருத்தடை வளையங்கள் (IUD).	30,000	23,360	37,000	21,120
கருத்தடைச் சாதனங்களைப் பயன்படுத்தியவர்கள் (CC).	1,50,000	98,216	87,400	2,12,430

சம்பந்தப்பட்ட துறைகள் இடையறாது உழைத்ததால் இச் சாதனையை அடைய முடிந்தது. சுகாதாரப் பணிகள் குடும்ப நலத் துறை இயக்குநர், மாவட்ட ஆட்சித் தலைவர்கள், சென்னை மாநகரத்தின் தனி அதிகாரி ஏனையோர் ஆகியோர் வழிகாட்டியதனால் இந்தச் சாதனை அடைய முடிந்தது.

எனினும், குடும்ப நலத் திட்டத்திற்கான மத்திய நிதியுதவியை 1973–74-ல் 414 லட்சமாக இருந்ததை 1974–75-ல் 360 லட்சமாக இந்திய அரசு குறைத்துள்ளது. கருத்தடை அறுவை சிகிச்சைக்கும், கருத்தடை வளையம் பொருத்துவதற்கும் அளிக்கப்பட்ட மத்திய அரசு உதவித் தொகை, மாநில அரசு செல்விட்டத் தொகை ஆகிய விவரங்கள் கீழே கொடுக்கப்பட்டுள்ளன :—

	ஒவ்வொருவருக்கும் மொத்த செலவு.	மத்திய உதவி.	மாநில அரசின் உதவி.
	ரூ.	ரூ.	ரூ.
1. கருத்தடை அறுவை சிகிச்சை—			
(a) வாசக்டமி ..	80	35	45
(b) டியூபெக்டமி ..	110	70	40
2. கருத்தடை வளையம் பொருத்துதல் ..	15	8	7

1975 மார்ச் 27]

குடும்பநல திட்டத்தைச் செயல்படுத்துவதற்கு தமிழ்நாடு அரசுக்கு ஆகும் கூடுதல் செலவு கீழே கொடுக்கப்பட்டுள்ளது :—

சாதனை (1975 பிப்ரவரி வரை) 1,75,533

	சாதனை	மொத்தச் செலவு	மத்திய உதவி	மாநிலஅரசின் உதவி
			(ரூ. இலட்சத்தில்)	
வாசக்டமி ..	118,856	95·09	41·60	53·49
டியூபெக்டமி ..	56,677	62·34	39·67	22·67
கருத்தடைவளையம் பொருத்துதல் ..	21,120	3.17	1·69	1·48
		160·60	82·96	77·64

கருத்தடை அறுவை சிகிச்சைக்கும், கருத்தடை வளையம் பொருத்துதல் திட்டத்திற்கும் கூடுதல் உதவித் தொகை அளிக்குமாறு, நாம் மத்திய அரசுக்கு எழுதியுள்ளோம். நாம் அளித்த கூடுதல் தொகைக்கு தொகை அளிக்க இந்திய அரசு இதுவரை ஒப்புக்கொள்ளவில்லை. நாட்டின் வளர்ச்சிக்குத் திட்டமிடுவதில் குடும்ப நலத் திட்டம் முக்கியப் பங்கு வகிப்பதைக் கருத்தில் கொண்டு, இந்திய அரசு இதை மீண்டும் பரிசீலித்து நமது வேண்டுகோளை ஏற்றுக்கொள்வது நல்லது. குடும்ப நலத் திட்டம் வெற்றி அடைந்தாலொழிய நமது திட்டங்களும், முன்னேற்றமும் நிறைவேறாது என்று நாம் உறுதியாக நம்புகிறோம்.

5. கட்டிடத் திட்டங்கள் :

374 குடும்ப நலத் திட்டக் கட்டிடங்களைக் கட்டுவதும், 1,395 துணை நிலையங்களைக் கட்டுவதும் கட்டிடத் திட்டங்களில் அடங்கும். இதுவரை, 350 முக்கிய நிலையங்களும், 1,222 துணை நிலையங்களும் கட்டப்பட்டுள்ளன. 4 முக்கிய நிலையங்களிலும், 30 துணை நிலையங்களிலும் பணி நடந்தேறி வருகிறது.

கட்டிடங்கள் கட்டுவதற்குத் தடை விதிக்கப்பட்டதன் காரண மாகவும், இந்திய அரசு குறைந்தளவு தொகையை ஒதுக்கிய தாலும் ஏனைய கட்டிடங்களை கட்டும் பணி மேற்கொள்ள முடிய வில்லை.

6. பொது மக்களுக்கு குடும்ப நலத் திட்டம் பற்றி அறிவுரை வழங்குதல்.

விளம்பரப் பலகைகள், சுவர் ஓவியம், உலோகப் பலகைகள், திரைப்படங்கள், நாடகங்கள், கலை நிகழ்ச்சிகள், கருத்தரங்குகள், பட்டிமன்றங்கள், கவியரங்கங்கள், கிராமபோன் ரிகார்டு பாட்டுகள், அகில இந்திய ரேடியோ ஒலிபரப்பு, செய்தித்தாள், பத்திரிகைகளில் விளம்பரங்கள், திரைப்பட ஸ்லைடுகள், பொருட் காட்சிகள், வினா-விடை கூட்டங்கள் போன்ற பல்வேறு வழிகளில் குடும்ப நலத் திட்டம் குறித்து விளம்பரம் செய்யப்படுகிறது. மாநிலக் குடும்பநலத் திட்டத்துடன் இணைக்கப்பட்ட குடும்ப நலத் திட்ட அச்சகத்தின் மூலம் "குடும்பநல செய்திக்கதிர்" என்ற பெயரில் தமிழில் மாதாந்திர செய்திக் கடிதம் ஒன்று வெளியிடப் பட்டுவருகிறது. சுவரொட்டிகள், துண்டுப்பிரசுரங்கள், சிறு வெளியீடுகள், குடும்ப நலத் திட்டம் குறித்த சிறு வெளியீடுகள், மகப்பேறு சிறார்நல சத்துணவு, மகப்பேறு பற்றிய மருத்துவ விளக்கத்தாள்கள், ஆகியவையும் வெளியிடப்பட்டு இந்த அச்சகத் தின் மூலம் வழங்கப்பட்டு வருகிறது.

மாநிலக் குடும்ப நலத் திட்டக் கழகத்தின் ஒத்துழைப்புடன், சென்னை அகில இந்திய வானொலி, பிரசித்தமான வழிகளில் ஒலிபரப்புவதற்காக 'ஸ்பாட்ஸ் அண்டு ஜிங்கில்ஸ்' (Spots and Jingles) என்ற புதுமையானத் திட்டம் ஒன்றைத் தொடங்கியுள்ளது. மருத்துவ வல்லுநர்கள், புகழ்பெற்ற இசை இயக்குநர்கள் கலைஞர்கள் இப்பணிக்கு நியமிக்கப்பட்டனர். குடும்ப நலத் திட்டம் சுகாதார கல்வி குறித்த இத்திட்டங்களுக்கு நேயர்கள் அதிகமாக பாராட்டு தெரிவித்துள்ளனர். குடும்ப நலத் திட்டம் குறித்து நான்கு செய்திப்படங்களும், குறுகிய நேர

இரண்டு வண்ணத் திரைப்படங்களும் தயாரிக்கப்பட்டுள்ளன. குடும்ப நலத் திட்டம் குறித்து 24 பாட்டுகள் அடங்கிய 9 கிராம ஃபோன் இசைத்தட்டுகள் தயாரிக்கப்பட்டுள்ளன.

1973-74 ஆம் ஆண்டில் பெருவாரியான மக்களுக்கு குடும்ப நல அறிவுரைவழங்கிட பிரச்சார நடவடிக்கைகள் மேற்கொண்டதன் மூலம் ஏற்பட்ட செலவு ரூ. 6.21 லட்சமாகும். 1974-75 ஆம் ஆண்டில் இது ரூ. 3.25 இலட்சமாக இந்திய அரசால் குறைக்கப் பட்டது.

7. வரவு-செலவுத் திட்ட மதிப்பீடு, செலவுகள் :

குடும்ப நலத் திட்டம் மத்திய அரசு உதவி பெறும் ஒரு திட்ட மாகும். ஆனல், இத்திட்டத்திற்காகும் செலவில் ஒரு பகுதி மாநில அரசால் ஏற்கப்படுகிறது. 1973-74 ஆம் ஆண்டில், ஏற்பட்ட ரூ. 540.08 இலட்சம் மொத்தச் செலவில், மத்திய அரசு ரூ. 512.08 இலட்சமும், மாநில அரசு ரூ. 28 இலட்சமும் ஏற்றுக் கொண்டன. 1973-74 ஆம் ஆண்டில், மொத்தச் செலவு ரூ. 332.69 இலட்சமாகவும், மாநில அரசின் பங்கு ரூ. 7.39 இலட்சமாகவும் இருக்கையில், நடப்பாண்டில் 1974 டிசம்பர் வரையில், மொத்தச் செலவு ரூ. 356.09 இலட்சமாகவும், மாநில அரசின் பங்கு ரூ. 33.52 இலட்சமாகவும் இருந்தது. இத்திட்டத்தை மும்முரப்படுத்திய தன் காரணமாக, 1974-75 ஆம் ஆண்டில் ரூ. 562.64 இலட்சம் செலவிடக் கருதப்பட்டுள்ளது. இதில் மாநில அரசின் பங்கு ரூ. 84.83 இலட்சமும் அடங்கும்.

8. கருவுற்றிருத்தலை மருத்துவரீதியில் சிதைத்தல் :

கருவுற்றிருத்தலை மருத்துவரீதியில் சிதைப்பதற்காக 56 மருத்துவ நிறுவனங்களுக்கு அனுமதி வழங்கப்பட்டுள்ளது. இவற்றில் மருத்துவக் கல்லூரிகளுடன் இணைந்த மருத்துவ மனைகள் 9, மாவட்டத் தலைமையிட மருத்துவமனைகள் 13, வட்ட மருத்துவமனைகள் 28, தொண்டு நிறுவனங்கள் 6 ஆகியவை அடங்கும். 1974-75 ஆம் ஆண்டில் 27 வட்டத் தலைமையிட மருத்துவமனைகளுக்கு மேற்சொன்ன திட்டம் விரிவுபடுத்தப்படும்.

விவர அறிக்கை I.

1975 ஏப்ரல் திங்களுக்கான பட்ட மேற்படிப்பு, தகுதிப் பட்டயப் படிப்புப் பட்டியல்.

படிப்பின் பெயர்.	ஒதுக்கப்பட்டுள்ள இடங்கள்.	சென்னை மருத்துவக் கல்லூரி.	ஸ்டான்லி மருத்துவக் கல்லூரி.	மதுரை மருத்துவக் கல்லூரி.	தஞ்சாவூர் மருத்துவக் கல்லூரி.
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
எம்.டி. பொது மருத்துவம் ..	..	21	20	18	5
மகப்பேறு மருத்துவம் மகளிர் நோய் இயல்.	..	8	4	4	..
நோய்க் குறியியல் ..	..	4	..	2	..
நுண்ணுயிரியல் ..	..	6	..	2	..
உடலமைப்பியல் ..	..	4	..	4	..
சிசு நோய் இயல் ..	..	17	..	3	..
கதிர்வீச்சு முறையில் நோய் தன்மை அறிதல்.	..	4	..	..	..
கதிர் வீச்சு மருத்துவம் ..	..	4	..	..	..
மயக்க மருந்தியல் ..	..	3	..	..	..
மேக நோயியல் ..	..	4	..	..	..
சரும நோயியல் ..	..	4	..	..	..
உயிர் வேதியியல் ..	..	4	..	..	..
பொது அறுவை மருத்துவம் ..	..	21	20	18	3
முட நீக்கியல் மருத்துவம் ..	..	4	..	2	..
கண் நோய் மருத்துவம் ..	..	6	..	6	..
காது கண் மூக்கு நோய் மருத்துவம் ..	..	6	..	5	..
மருந்தாக்கியல் ..	..	4	..	4	..
சட்டஞ்சார்ந்த மருத்துவ இயல் ..	..	..	..	2	..
எம்.டி. உடற் கூற்றியல் ..	..	2	4	2	..
எம்.எஸ். மூளை நரம்பு அறுவை மருத்துவம்.	..	2	..	..	..
எம்.டி. (எஸ்.பி.எம்.) ..	..	1	..	..	..

TAMIL NADU LEGISLATIVE ASSEMBLY
வாய்மையே வெல்லும்
TRUTH ALONE TRIUMPHS

1975 மார்ச் 27]

1975 ஏப்ரல் திங்களுக்கான தகுதிப் பட்டயப் படிப்பு.

படிப்பின் பெயர்.	சென்னை மருத்துவக் கல்லூரி.	ஸ்டான்லி மருத்துவக் கல்லூரி.	மதுரை மருத்துவக் கல்லூரி.	
(1)	(2)	(3)	(4)	
டி.ஜி.ஓ. (D.G.O.)	18	6	8	
டி.சி.ஹெச். (D.C.H.). ஏப்ரல்/அக்டோபர்	34	6	6	
டி.எ.(D.A.)	4	4	6	கல்வி ஆண்டொன்றுக்கு
டி.எம்.ஆர்.டி. (D.M.R.D.) ..	4	4	6	,,
டி.ஓ. (D.O.) ..	6	..	6	,,
டி. ஆர்த்தோ (D. Ortho.) ..	4	2	2	,,
டி.எல்.ஓ. (D.L.O.)	4	..	6	,,
டி.பி.எம். (D.P.M.)	6+2	..	2	,,
டி.சி.பி. (D.C.P.)	4	..	..	
டி.வி. (D.V.)	6+2	..	..	
டி.டி. (D.D.)	6	..	..	
டி.எம்.ஆர்.டி. (D.M.R.D.) ..	4	..	..	
டி.டி.சி.டி. (D.T.C.D.) ..	12	..	..	

சிறப்பு மேற்படிப்புகள்.

சென்னை மருத்துவக் கல்லூரி

படிப்பின் பெயர்.	இடங்களின் எண்ணிக்கை.
(1)	(2)
1. பல் அறுவை சிகிச்சையியல் (Operative Dentistry) ..	2
2. வாய் வழி அறுவை சிகிச்சையியல் ..	
3. "பெரிடோன்ஷிய" ..	3

TAMIL NADU LEGISLATIVE ASSEMBLY வாய்மையே வெல்லும் TRUTH ALONE TRIUMPHS

	படிப்பின பெயர்.	இடங்களின் எண்ணிக்கை.
	(1)	(2)
4.	பி.எஸ்.எஸ்ஸி., ஐ.பி.ஹெச். (B.S.Sc., I.P.H.) ..	10
5.	எம்.சிஹெச். சிசுநோய் அறுவை சிகிச்சை (M.Ch.) ..	2
6.	பிளாஸ்டிக் அறுவை சிகிச்சை ..	2
7.	எம்.சிஹெச். மார்புப் பகுதி அறுவை சிகிச்சை (M.Ch.).	2
8.	எம்.சிஹெச். பிறப்புறுப்பு சிறுநீர் பாதை அறுவை சிகிச்சை (M.Ch.).	4
9.	டி.எம். மூளை நரம்பு இயல் சிகிச்சை (D.M.) ..	2
10.	டி.எம். இதய நோய் மருத்துவவியல் (D.M.) ..	2

மதுரை மருத்துவக் கல்லூரி

1.	எம்.சிஹெச். சிசுநோய் அறுவை சிகிச்சை (M.Ch.) ..	2
2.	எம்.சிஹெச். மூளை நரம்பு அறுவை சிகிச்சை (M.Ch.) ..	2

விவர அறிக்கை II.

மருத்துவமனைகளில் உள்ள படுக்கைகளின் எண்ணிக்கை.

		1971–72.	1975.
	(1)	(2)	(3)
1.	அரசு பொது மருத்துவமனை, சென்னை ..	1,244	1,537
2.	அரசு ஸ்டான்லி மருத்துவமனை, சென்னை ..	931	1,011
3.	அரசு கீழ்ப்பாக்கம் மருத்துவமனை, சென்னை.	300	300
4.	அரசு ராயப்பேட்டை மருத்துவமனை, சென்னை	340	526
5.	அரசு கண் மருத்துவமனை, சென்னை. ..	266	328
6.	பெண்கள் குழந்தைகளுக்கான கஸ்தூரிபாய் அரசு மருத்துவமனை, சென்னை ..	615	635
7.	மகப்பேறு–மகளிர் நோயியல் மகளிர்—சிறுர் நல மருத்துவ நிலையம், சென்னை ..	474	528
8.	ராஜா சர். ராமசாமி முதலியார் மகப்பேறு–மருத்துவமனை, சென்னை	275	426
9.	தாய் சேய் நல மருத்துவ நிலையம், சென்னை.	250	250

1975 மார்ச் 27]

10.	திருவெற்றியூர் காசநோய் அரசு மருத்துவ மனை, ஓட்டேரி, சென்னை	222	222
11.	அரசு மன இயல் மருத்துவமனை, சென்னை.	1,800	1,800
12.	அரசு காசநோய் மருத்துவமனை, தாம்பரம்.	618	726
13.	அரசு எர்ஸ்கின் மருத்துவமனை, மதுரை ..	1,310	1,394
14.	அரசு ராஜா மிராசுதார் மருத்துவமனை, தஞ்சாவூர்	636	642
15.	தஞ்சாவூர் மருத்துவக் கல்லூரி மருத்துவ மனை, தஞ்சாவூர்	538	538
16.	செங்கற்பட்டு மருத்துவக் கல்லூரி மருத்துவ மனை, செங்கற்பட்டு	400	416
17.	கோயம்புத்தூர் மருத்துவக் கல்லூரி மருத்துவமனை, கோயம்புத்தூர் ..	785	805
18.	திருநெல்வேலி மருத்துவக் கல்லூரி மருத்துவமனை, திருநெல்வேலி	325	554
	மொத்தம் ..	11,329	12,638

விவர அறிக்கை III.

கட்டிடத் திட்டங்கள்.

சமீபத்தில் ஒப்புதல் அளிக்கப்பட்ட தற்போதைய முழுத்திட்டங்கள்.

வரிசை எண்ணும் வேலையின் பெயரும்.	மதிப்பீட்டுத் தொகை.	அரசாணை எண்ணும் தேதியும்.
(1)	(2)	(3)
	(ரூ. இலட்சத்தில்.)	
சென்னை மருத்துவக் கல்லூரி, சென்னை.		
1. சிற்றுண்டி விடுதிக்கு மேல் கூடுதலாகக் கட்டப்படும் மூன்று அடுக்கு கட்டிடம்.	4·00	அரசாணை எண். 2511, நலம். 12—11—1974.

வகை எண்ணும் வேலையின் பெயரும்.	மதிப்பீட்டுத் தொகை.	அரசாணை எண்ணும் தேதியும்.
(1)	(2)	(3)
	(ரூ. இலட்சத்தில்.)	
2. பொதுக் கூடத்திற்கான வசதிப் பெருக்கு :	3·85	அரசாணை எண் 2727, நலம், 7—12—1974.
3. மருத்துவப் பரிசோதனைக்கான கட்டிடம்	1·60	அரசாணை எண் 1731, நலம், 26—7—1974.
4. உடல் இயல் மருந்தியல் நிலையங்களுக்கான மின் இயல் வசதி பெருக்கும் வேலைகள்	0·20	அரசாணை எண் 1391, நலம், 17—6—1974.
கீழ்ப்பாக்கம் மருத்துவக் கல்லூரி, சென்னை.		
5. சமூக தடுப்பு மருத்துவம் நுண் உயிரியல் பிரிவுக்கான இடவசதி கட்டிடங்கள் ..	4·40	அரசாணை எண் 1738, நலம், 27—8—1974.
6. கிணற்று நீர் கொண்டுவர பம்பு வைப்பதற்கான அறை	0·21	அரசாணை எண் 196, நலம், 7—2—1975.
செங்கற்பட்டு மருத்துவக் கல்லூரி மருத்துவமனை, செங்கற்பட்டு.		
7. மருந்துகள் கலக்கும் பகுதிக்கான கட்டிடம்	7·50	அரசாணை எண் 121, நலம், 22—1—1975.
8. பிராண வாய்வு சேகரிக்கும் மற்றும் பல கருவிகளுக்கான கட்டிடம்	2·35	அரசாணை எண் 2725, நலம், 13—12—1974.
கோயம்புத்தூர் மருத்துவக் கல்லூரியும் மருத்துவமனையும்.		
9. 30 படுக்கைகள் கொண்ட தற்செயல் விபத்துக்களை கவனிக்கும் கட்டிடம் ..	3·00	அரசாணை எண் 2031, நலம், 10—9—1974.

TAMIL NADU LEGISLATIVE ASSEMBLY
TRUTH ALONE TRIUMPHS

1975 மார்ச் 27]

வரிசை எண்ணும், வேலையின் பெயரும். (1)	மதிப்பீட்டுத் தொகை. (2) (ரூ. இலட்சத்தில்.)	அரசாணை எண்ணும், தேதியும். (3)
10. இறந்தவர்கள் உடலை வைக்கும் கட்டிடம்	1·60	அரசாணை எண் 1016, நலம், 27—4—1974
அரசினர் பொது மருத்துவமனை, சென்னை.		
11. தூக்கும் கருவி மாற்றுதல்	2·00	அரசாணை எண் 2018, நலம் 18—9—1974
12. தண்ணீர் வசதியை பெருக்குதல் ..	0·62	அரசாணை எண் 2575, நலம், 20—11—1974
13. மின் கருவிகள் வைக்கும் அறைக்கான டிரான்ஸ்பார்மர் பெட்டி, அறுவை சிகிச்சைக் கட்டிடத்தில் இருந்து பூமிக்குள் செல்லும் மின் இணைப்பு வேலை.	0 44	அரசாணை எண் 2789, நலம், 18—12—1974
14. தலைமை மின்பொறி ஆய்வாளர் கண்டுள்ள மின் இயல் குறைகளை நிவர்த்தி செய்வதற்கு.	0·42	அரசாணை எண் 2556, நலம், 16—11—1974
15. சென்னை பொது மருத்துவமனைக்கு கொதிகலம் வைப்பதற்கு கட்டிடம்.	3·90	அரசாணை எண் 2265, நலம், 9—9—1974
அரசு ஸ்டான்லி மருத்துவமனை, சென்னை.		
16. 40 படுக்கைகள் கொண்ட கட்டிடம் (கீழ் அடுக்குக்கு இடது பக்கத்தில் உள்ள கட்டிடத்திற்கும் 100 படுக்கைகளுக்கான வார்டின், மேல்மாடி கட்டிடம்).	4·50	அரசாணை எண் 1654, நலம், 19-7-1974
17. தண்ணீர் வசதி பெருக்குதல் ..	0-52	அரசாணை எண் 2575, நலம், 20-11-1974

[1975 மார்ச் 27

வரிசை எண்ணும், வேலையின் பெயரும்.	மதிப்பீட்டுத் தொகை.	அரசாணை எண்ணும், தேதியும்.
(1)	(2)	(3)
	(ரூ. இலட்சத்தில்.)	
அரசு ராயப்பேட்டை மருத்துவமனை, சென்னை.		
18. புற்றுநோய் பகுதி கட்டிடம் ..	10·02	அரசாணை எண் 1602, நலம், 12-7-1974
கீழ்ப்பாக்கம் மருத்துவக் கல்லூரி மருத்துவமனை, சென்னை.		
19. தண்ணீர் வசதி பெருக்குதல் ..	0·34	அரசாணை எண் 2575, நலம், 20-11-1974
பெண்கள், குழந்தைகளுக்கான கஸ்தூரிபாய் அரசு மருத்துவமனை, சென்னை.		
20. கீழ் அடுக்கில் உள்ள தலைமை அறுவை கூடத்திற்கு குளிர்ச் சாதனம் செய்தல்.	1·92	அரசாணை எண் 1538, நலம், 5-7-1974
பெண்கள், குழந்தைகளுக்கான அரசு மருத்துவமனை, சென்னை.		
21. ஜேனஸ் கேபால்ட் கருவி வைப்பதற்கான கட்டிடம்.	2·14	அரசாணை எண் 65, நலம், 9-1-1975
22. டியூபெக்டமி வார்டு மேல் இரண்டு அறுவை சிகிச்சைக்கான இடம்.	1·85	அரசாணை எண் 2026, நலம், 9-9-1974
23. தண்ணீர் வசதி பெருக்குதல் ..	0·60	அரசாணை எண் 2575, நலம், 20-11-1974
24. கூடுதல் வசதிகள் ..	0·16	அரசாணை எண் 1499, நலம், 29-6-1974
தாய்-சேய் நல மருத்துவ நிலையம், சென்னை.		
25. எம். வி. மின் இயல் கருவியின் குறைகளை நிவர்த்தி செய்தல்.	0·10	அரசாணை எண் 174, நலம், 28-1-1975

1975 மார்ச் 27]

வரிசை எண்ணும், வேலையின் பெயரும்.	மதிப்பீட்டுத் தொகை.	அரசாணை எண்ணும், தேதியும்.
(1)	(2)	(3)
	(ரூ. இலட்சத்தில்.)	
அரசு மனஇயல் மருத்துவமனை, சென்னை		
26. தண்ணீர் வசதி பெருக்குதல்	0·32	அரசாணை எண் 2575, நலம், 20-11-1974
அரசு எர்ஸ்கின் மருத்துவமனை, மதுரை.		
27. தென் மதுரையில், பாலரங்காபுரத்தில் அரசு மருத்துவமனை கட்டுதல்.	14·20	அரசாணை எண் 848, நலம், 10-11-1974
புறநகர் மருத்துவமனைகள்		
28. சென்னை தொண்டையார்பேட்டையில் 100 படுக்கைகள் கொண்ட புறநகர் மருத்துவ மனை கட்டிடம்.	32·34	அரசாணை எண் 2122, நலம், 21-9-1974
29. அண்ணா நகரில் 100 படுக்கைகள் கொண்ட புறநகர் மருத்துவமனை கட்டிடம்.	28·02	அரசாணை எண் 2122, நலம், 21-9-1974
30. கலைஞர் கருணாநிதி நகரில் 100 படுக்கைகள் கொண்ட மருத்துவமனை கட்டிடம்.	30·00	அரசாணை எண் 1772, நலம், 30-7-1974

மொத்த திட்டங்கள்.	மதிப்பீடு (இலட்சக்கணக்கில்)
30	163-12

விவர அறிக்கை IV.

1975-76-ல் கொண்டு வரப்போகும் கட்டிடத் திட்டங்கள்

வரிசை எண்ணும், திட்டத்தின் பெயரும்.	செலவு.
(1)	(2)
	(ரூ. இலட்சத்தில்)
1. சென்னை, தாய்-சேய் நல மருத்துவமனையில், நீராவி மூலம் துணி வெளுக்கும் கருவிகளை பொருத்துவதற்கான கட்டிடம்	4·00

TAMIL NADU LEGISLATIVE ASSEMBLY — வாய்மையே வெல்லும் — TRUTH ALONE TRIUMPHS

வரிசை எண்ணும், திட்டத்தின் பெயரும்.	செலவு.
(1)	(2)
	(ரூ. இலட்சத்தில்.)
2. சென்னை, மகப்பேறு—மகளிர் நோயியல், மகளிர்-சிறுர் நல மருத்துவ நிலையத்தில் 150 படுக்கைகள் கொண்ட இரண்டடுக்கு மாடிக் கட்டிடம்	3·00
3. மதுரை எர்ஸ்கின் மருத்துவமனையில் தற்செயல் விபத்துக்களை கவனிக்கும் அறைக்குமேல் குருதி சேமிப்பு நிலையம் அமைத்தல் ..	2·60
4. சென்னை மருத்துவக் கல்லூரிக்கும், அரசினர் பொது மருத்துவமனைக்கும் ஒன்றுவிட்ட அதிக மின் அழுத்தமுள்ள கம்பி பொருத்துதல் ..	1·60
5. சென்னை மருத்துவக் கல்லூரியில் மின் நுண்ணியல் ஆய்வுக்கூடத்திற்கான கட்டிடம்	1·60
6. கிண்டி கிங் நிலையத்தில் குதிரை மற்ற மிருகங்களின் பண்ணையை விரிவாக்குதல்	1·32
7. சென்னை, ராயப்பேட்டை மருத்துவமனையில் பழைய கட்டிடத்தில் 'ராம்ப்' அமைத்தல் ..	1·00
8. திருநெல்வேலி மருத்துவக் கல்லூரியில் மிருகங்களுக்கான மத்திய அறை அமைத்தல் ..	0·80
9. சென்னை, ராயப்பேட்டை மருத்துவமனையில் பொருள்கள் வைப்பதற்கான இடம் அமைத்தல்.	0·30
10. அரசினர் ராயப்பேட்டை மருத்துவமனையில் நீராவி துணி வெளுக்கும் கருவிக்கான இடத்தை விரிவாக்குதல்	0·36
11. தோப்பூர் காச நோய் மருத்துவமனையில் திறந்தவெளி கழிவு நீர்த் தொட்டியை மறைமுக கழிவு நீர்த் தொட்டியாக மாற்றுதல்.	0·14
12. ஆர்.எஸ்.ஆர்.எம். மருத்துவமனையில் குழாய்களை சீர்படுத்துபவர்களுக்கான அறை	0·17

வரிசை எண்ணும், திட்டத்தின் பெயரும்.	செலவு.
(1)	(2)
	(ரூ. இலட்சத்தில்.)
13 செங்கற்பட்டு மருத்துவக் கல்லூரி மருத்துவ மனையில் இறந்தவர்களை வைக்கும் அறைக்கு வசதி பெருக்குதல்	0·12
14. மதுரை எர்ஸ்கின் மருத்துவமனையில் மகப்பேறு-மகளிர் நோயியல் கட்டிடத்திற்கு மின் தூக்கு அமைத்தல்	1·20
15 சென்னை ஆர்.எஸ்.ஆர்.எம். மருத்துவமனையில் பொருள்கள் வைக்கும் அறையின்மேல் முதல் மாடிக் கட்டிடம்..	0·67
16. சென்னை, அரசினர் இருதய நோய் நிலையத்தில் இருக்கும் புதிய கட்டிடத்தில் உள்ள ரசாயன அறைக்கும், நோய்களின் உணர்ச்சி பார்க்கும் அறைக்கும் குளிர்ச்சாதனம் செய்தல் ..	0·21
மொத்தம் ..	19·09

விவர அறிக்கை V.

இம்மாநிலத்திலுள்ள இந்திய மருத்துவ முறை மருந்தகங்களின் எண்ணிக்கை.

	சித்த.	ஆயுர்வேத.	யூனானி.	மொத்தம்.
ஊராட்சி ஒன்றிய கிராமப்புற மருந்தகங்கள்.	285	63	9	357
முறையான மருந்தகங்கள்..	32	13	1	46
நகராட்சிகள் நடத்தி வரும் மருந்தகங்கள்.	36	21	5	62
அரசு மருந்தகங்கள் ..	5	5	..	10
கோயில்கள் நடத்திவரும் மருந்தகங்கள்.	26	..	..	26
	384	102	15	501

127-9—19

[1975 மார்ச் 27

விவர அறிக்கை VI.

*இதுவரையில் அரசு மேற்கொள்ள ஆணையிடப்பட்டுள்ள மருந்தகங்களின் பட்டியல்.

மாவட்டம்.	மருந்தகத்தின் பெயர்.	அரசு மேற்கொண்ட தேதி.
(1)	(2)	(3)
மூன்றுள்-மாவட்டவாரிய மருந்தகங்கள்—		
செங்கற்பட்டு	1. பாதிரிவேடு மாதர்பாக்கம்	30—12—74
	2. சேலவாக்கம்	1—6—73
	3. திருப்போரூர்	13—12—74
	4. வாலாஜாபாத்	நடவடிக்கை எடுக்கப்பட்டு வருகிறது.
கோயம்புத்தூர்	5. கள்ளிப்பட்டி	10—1—75
	6. புதுப்பம்பட்டி	28—3—73
	7. பொங்கலூர்	நடவடிக்கை எடுக்கப்பட்டு வருகிறது.
	8. E. செட்டி பாளையம்	ஷை
தர்மபுரி	9. காரிமங்கலம்	1—2—73
	10. ராயகோட்டா	1—1—75
மதுரை	11. ஆண்டிப்பட்டி	1—1—75
	12. இடயகோட்டை	1—11—72
	13. சாட்டூர்	1—11—72
	14. சோழவந்தான்	1—11—72
	15. கீரனூர்	நடவடிக்கை எடுக்கப்பட்டு வருகிறது.
நீலகிரி	16. குந்தா அணைக்கட்டு	1—11—72
	17. மேலூர் ஓசட்டி	நடவடிக்கை எடுக்கப்பட்டு வருகிறது.
வட ஆர்க்காடு	18. K. V. குப்பம்	1—11—72
	19. மராட்டிப்பாளையம்	1—11—72
	20. மேல்விஷாரம்	1—11—72
	21. தேசூர்	29—8—73

1975 மார்ச் 27]

மாவட்டம்.	மருந்தகத்தின் பெயர்.	அரசு மேற்கொண்ட தேதி.
(1)	(2)	(3)
முன்னுள் மாவட்ட வாரிய மருந்தகங்கள்—தொடர்ச்சி.		
வட ஆற்காடு—தொடர்ச்சி	22. சேத்துப்பட்டு	நடவடிக்கை எடுக்கப்பட்டு வருகிறது.
	23. புதுப்பாளையம்	1—11—72
	24. பணப்பாக்கம்	23—1—75
இராமநாதபுரம்	25. ஆனந்தூர்	31—12—74
	26. எமாயிரம்பண்ணை	1—11—72
	27. கமுதி (மகப்பேறு)	1—11—72
	28. மானமதுரை	1—11—72
	29. வி. புதூர்	1—11—72
	30. கமுதி	நடவடிக்கை எடுக்கப்பட்டுவருகிறது.
	31. பாம்பன்	ஷை
சேலம்	32. மல்லூர்	1—11—72
	33. பெத்தநாயக்கன்பாளையம்.	1—2—75
தென் ஆர்க்காடு	34. பெண்ணாடம்	1—11—73
	35. அவலூர்பேட்டை	1—11—72
	36. காட்டுமன்னார்கோயில்	1—11—72
	37. சங்கராபுரம்	1—11—72
	38. புவனகிரி	நடவடிக்கை எடுக்கப்பட்டு வருகிறது.
	39. சின்ன சேலம்	ஷை
	40. கவரப்பட்டு	ஷை
	41. ஸ்ரீமுஷ்ணம்	ஷை
தஞ்சாவூர்	42. கொள்ளிடம்	1—11—72
	43. பேரளம்	1—11—72
	44. எனங்குடி	1—1—75
	45. பெருமகளூர்	நடவடிக்கை எடுக்கப்பட்டு வருகிறது.

TAMIL NADU LEGISLATIVE ASSEMBLY
TRUTH ALONE TRIUMPHS

மாவட்டம்.	மருந்தகத்தின் பெயர்.	அரசு மேற்கொண்ட தேதி.
(1)	(2)	(3)
மூன்றுள் மாவட்ட வாரிய மருந்தகங்கள்—தொடர்ச்சி.		
தஞ்சாவூர்—தொடர்ச்சி	46. சித்தமல்லி	நடவடிக்கை எடுக்கப்பட்டு வருகிறது.
	47. மதுக்கூர்	ஷை
திருச்சிராப்பள்ளி	48. தாத்தையங்கார்பேட்டை	31—12—74
	49. தோகைமலே	31—12—74
	50. உதயபாளேயம்	1—11—72
	51. காட்டுப்புதூர்	நடவடிக்கை எடுக்கப்பட்டு வருகிறது.
திருநெல்வேலி	52. குலசேகரப்பட்டிணம்	1—11—72
	53. விக்ரமசிங்கபுரம்	1—11—72
	54. சிவகிரி	1—11—72
	55. ஆழ்வார்திருநகரி	நடவடிக்கை எடுக்கப்பட்டு வருகிறது.
	56. கழுகுமலே	ஷை
	57. பணக்குடி	ஷை
	58. விளாத்திக்குளம்	ஷை
	59. வீரவநல்லூர்	ஷை
	60. வீரகேரளம்புதூர்	ஷை
புதுக்கோட்டை	61. இலுப்பூர்	நடவடிக்கை எடுக்கப்பட்டு வருகிறது.
	62. கந்தர்வகோட்டை	ஷை
	63. கீரமங்கலம்	ஷை
ஊராட்சி ஒன்றிய மருந்தகங்கள்.—		
செங்கற்பட்டு	64. பழவேற்காடு	நடவடிக்கை எடுக்கப்பட்டு வருகிறது.
	65. வில்லிவாக்கம்	ஷை
கோயம்புத்தூர்	66. குமாரலிங்கம்	31—3—74
தர்மபுரி	67. மாத்தூர்	1—11—72
	68. பாப்பாரப்பட்டி	1—11—72

TAMIL NADU LEGISLATIVE ASSEMBLY
வாய்மையே வெல்லும்
TRUTH ALONE TRIUMPHS

1975 மார்ச் 27]

(1)	(2) மருந்தகத்தின் பெயர்.	(3) அரசு மேற்கொண்ட தேதி.
ஊராட்சி ஒன்றிய மருந்தகங்கள்—தொடர்ச்சி.		
தர்மபுரி—தொடர்ச்சி	69. தேன்கனிக்கோட்டை	நடவடிக்கை எடுக்கப்பட்டு வருகிறது.
	70. ஊத்தங்கரை	ஷை
வட ஆர்க்காடு	71. கலவை	நடவடிக்கை எடுக்கப்பட்டு வருகிறது.
இராமநாதபுரம்	72. தொண்டி	நடவடிக்கை எடுக்கப்பட்டு வருகிறது.
	73. சிங்கம்புணரி	ஷை
	74. திருப்புவனம்	
	75. இளையாங்குடி	
சேலம்	76. குட்டப்பட்டி	1—2—73
	77. வாழப்பாடி	1—11—72
	78. தம்மம்பட்டி	நடவடிக்கை எடுக்கப்பட்டு வருகிறது.
தென் ஆர்க்காடு	79. கண்டாச்சிபுரம்	1—11—72
தஞ்சாவூர்	80. கோடிக்கரை	30—3—73
	81. போதக்குடி	1—11—72
	82. வாய்மேடு	1—11—72
	83. குழிக்கரை	நடவடிக்கை எடுக்கப்பட்டு வருகிறது.
திருச்சிராப்பள்ளி	84. முசிறி (மகப்பேறு)	நடவடிக்கை எடுக்கப்பட்டு வருகிறது
	85. சோமரசம்பேட்டை	ஷை
திருநெல்வேலி	86. ஏருவாடி	1—11—72
	87. ஆறுமுகனேரி	1—11—72
	88. வள்ளியூர்	நடவடிக்கை எடுக்கப்பட்டு வருகிறது.
	89. ராதாபுரம்	ஷை

தமிழ்நாடு சட்டமன்றப் பேரவை TAMIL NADU LEGISLATIVE ASSEMBLY வாய்மையே வெல்லும் TRUTH ALONE TRIUMPHS

மாவட்டம்.		மருந்தகத்தின் பெயர்.	அரசு மேற்கொண்ட தேதி.
(1)		(2)	(3)
புதுக்கோட்டை	90.	சுப்ரமணியபுரம்	நடவடிக்கை எடுக்கப்பட்டு வருகிறது.
	91.	கொட்டாம்பட்டி	ஷை
கிராமப்புற மருந்தகங்கள்.			
செங்கல்பட்டு	92.	சதுரங்கப்பட்டணம்	நடவடிக்கை எடுக்கப்பட்டு வருகிறது.
வட ஆர்க்காடு	93.	பள்ளிகொண்டான்	9—1—75
	94.	பெரணுமல்லூர்	நடவடிக்கை எடுக்கப்பட்டு வருகிறது.
நீலகிரி	95	தேனுடு ஷோலூர் மட்டம்	3—12—74
மதுரை	96	சித்தையன் கோட்டை	நடவடிக்கை எடுக்கப்பட்டு வருகிறது.
நகராட்சி மருந்தகங்கள்			
வட ஆர்க்காடு	97	ஆர்க்காடு	ஷை
சேலம்	98	இடப்பாடி	ஷை
திருச்சிராப்பள்ளி	99	மணப்பாரை	ஷை
திருநெல்வேலி	100	புளியங்குடி	ஷை
மாவட்ட வாரியம் (தொடர்ச்சி)			
சத்திரம் மருந்தகம்			
தஞ்சாவூர்	101	மீமீசால்	1—11—72

விவர அறிக்கை VII.

வெளியூர்களில் கிடைக்கும் பல்வேறு மருத்துவ வசதிகள் பின்வருமாறு வகைப்படுத்தப்பட்டு பிரிக்கப்பட்டுள்ளன.

1. மாவட்டத் தலைமையிட மருத்துவமனைகள் 14
2. வட்டத் தலைமையிட மருத்துவமனைகள் 97
3. வட்டத் தலைமையிட மருத்துவமனைகள் அல்லாத பிற மருத்துவமனைகள் .. 109

1975 மார்ச் 27]

4. மருந்தகங்கள்		112
5. **E.S.I.** மருந்தகங்கள்		3
6. **E.S.I.** மருந்தகங்கள்—		
நிலை	95	
இயல்	9	
7. பயன்கொள் மருந்தகங்கள்		3
8. தொடக்கச் சுகாதார நிலையங்கள்		381
9. தொழுநோய்க்கட்டுப்பாட்டுப் பிரிவுகள்		37
10. இயங்கும் மருத்துவப் பிரிவுகள்		13

	உயர்த்தப்பட்ட கூடுதலான படுக்கை வசதிகள்.	மொத்தம்
1973–74	**152**	**10,385**
1974–75	**359**	**10,744**
1975–76	**218** (இலக்கு)	**10,962**

தமிழ்நாடு சட்டமன்றப் பேரவை TAMIL NADU LEGISLATIVE ASSEMBLY வாய்மையே வெல்லும் TRUTH ALONE TRIUMPHS

POLICY NOTE ON MEDICAL

Thiru Chairman Sir

I rise to place the Salient features of the Policy under Medical Services before this House.

Adequate medical care is one of the primary objectives of a Welfare State. The growth and welfare of a Nation are linked up with the sound health of the people. To make medical services readily available to the people, both urban and rural, it has been our endeavour to augment these services and make them up-to-date and more efficient. The following statement shows the provisions for Medical and Public Health during the successive Plan periods :—

MEDICAL AND PUBLIC HEALTH INCLUDING WATER-SUPPLY.

	Outlay.	Expenditure
	(RUPEES IN LAKHS)	
First Plan	..	642
Second Plan	1,435	1,442
Third Plan	2,150	2,617
MEDICAL AND PUBLIC ONLY.		
Fourth Plan	1,610	1,533 (Provisional)
Fifth Plan	5,000 (Tentative)	

The policy of progressive expansion of medical facilities continues to dominate our thinking for the year 1975-76.

The salient features of the working of the Medical Education Department are indicated below :—

II. (*a*) *Medical Education.*—At present eight medical colleges are run by the State with an annual intake of 1,015, students every year. The B. Pharmacy Course is now being run in Madurai Medical College with 20 students. Since the demand for admission

to B. Pharmacy is large, the Government have started B. Pharmacy Course in Chingleput Medical College from July 1974. A new course of M.D. in Special and Preventive Medicine has been started in Madras Medical College. M.D. Course in Anaesthesia has also been started in Stanley Medical College during the current year in order to cope with the increased demand for seats. This is in addition to the course being conducted in Madras Medical College. The Diploma Course in Orthopaedics has also been introduced in Stanley Medical College during the current year.

A new development in the current year is the upgrading of Thanjavur Medical College into a Post-Graduate Centre. M.D. (General Medicine) and M.D. (General Surgery) have been sanctioned and the courses would start during April 1975. The intake for M.D. (General Medicine) would be five and for M.D. (General Surgery) three seats.

Another development since last year is the permission given by Madurai University to start M. Pharmacy Course at Madurai Medical College from July 1975. There is also a proposal under consideration to start a B.Sc. Medical Laboratory Technology Course in the faculty of Medicine. We are hoping to get assistance from Government of India.

The Director of Medical Education is examining the feasibility of starting courses in D.M. (Gastro Enterology), D.M. Nephrology) M.D. (Chest Medicine) and Diploma in Physical Medicine, in consultation with the University of Madras.

Details of Post-Graduate and Diploma Courses are given in the enclosed Statement I.

(b) *Recognition of New Medical Colleges by the Medical Council of India.*—Out of the eight Medical Colleges, the colleges at Chingleput and Tirunelveli have not yet been recognised by the Indian Medical Council. It has appointed an Inspection Commission to go into the adequacy of facilities available at these Medical Colleges. The Inpection Commission inspected the Colleges and made certain recommendations to satisfy the Council's norms and standards. Action is being taken to implement the recommendations. During the last 4 years, a sum of Rs. 45.52 lakhs for Chingleput Medical College, Rs. 25 lakhs for Tirunelveli Medical College and Rs. 36 lakhs for Coimbatore Medical College have

been spent in order to improve the facilities available. We are pursuing our efforts with the Indian Medical Council to get recognition for these two colleges.

III.—*Medical Research.*—(a) Research is conducted in our State at all levels in all Medical Institutions. Medical Research is an integral part for the furtherance of Medical Education The involvement of all types of personnel at all levels is very essential for the continued progress in the knowledge and application of Medical Sciences to the benefit of Society at large. With this in view the State Government have been encouraging research activities.

Research is of two types, applied or clinical and basic or academic. The main agencies which finance research are—

1. State Government.

2. National Agencies like Indian Council of Medical Research;

3 International Agencies as World Health Organisation, UNICEF, etc.

(*i*) *Tamil Nadu State Research Committee.*—A State Medical Research Committee was formed in the year 1944 to encourage Research in Science and Art of Medicine in Tamil Nadu. This Committee considers requests for grants for research and aids deserving projects. At present a block grant of Rs. 1,00,000 per annum is available at the disposal of the Committee.

(ii) *Research Schemes.*—The number of Research Schemes and the amount spent during the years 1973–74 and 1974–75 in the Medical Institutions in this State are as follows :

Number of Research Schemes carried out during 1973–74 and 1974–75.	Number of Schemes during 1973–74.	Number of Schemes during 197- 5.	Amount sanctioned during 1973–74. RS.	Amount sanctioned during 1974–75 RS.
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Old Schemes continued	23	24	30,500	34,300
New Schemes	40	59	50,530	1,19,80
Total ..	63	83	81,030	1,54,1

Under the auspices of the Indian Council of Medical Research the following research schemes are in progress during the year 1974-75—

(1) Incidence of Nerve abscess in Leprosy, its assessment and treatment.

(2) Reconstructive Surgery of Deformities in Leprosy.

(3) Preparation of Antigen for Traponema Pallidum Hemagglutination (TPHA) Test.

(4) Investigation on the inter-relationship between thymus and most cells.

(5) Endemic Flurosis in Human Enamel.

(6) Biofeed back study of higher nervious function and its application to therapy of nervous disorders.

(7) Regional Registry of Patholoy (Multihesional).

(8) Studies on Biogenic Amines in Behavioural Disorders.

(9) The Incidence of Asymptomatic Urinary Tract Infection in Children of varying socio-economic status.

(10) Study of Endemic Flurosis with emphasis on its incidence, clinical manifestation, prevention and treatment.

(iii) World Health Organisation Project—Oral Cancer.—The World Health Organisation has offered dollars 2.000 for conducting research on Oral Cancer Surgery at Government Royapettah Hospital, Madras. The World Health Organisation has also offered a grant of dollars 2,000 to conduct the Research Project on " A study on Control of Venereal Diseases by Education ".

(iv) Belgium Grant.—The Government have accepted the offer made by the Belgium Organisation for setting up of a Mycotio Diagnostic Centre in the Government Ophthalmic Hospital, Madras at a cost of Rs. 7.00 lakhs towards the supply of Scientific equipments and Rs. 30,000 per annum towards recurring expenditure.

(v) Stipend to students.—Further with a view to encouraging Research activities among the Medical Students the Government of Tamil Nadu sanctioned a stipend of Rs. 150 per mensem during

the year 1973–74 to the deserving two students in each of the non-clinical departments of the Madras Medical College, Madras and Madurai Medical College, Madurai who have aptitude for Research work and who could be utilised to assist the Professors in carrying out research work during summer vacation.

(vi) T.B. Research.—The Indian Council of Medical Research has approached the State Government for the grant of land and buildings where the T.B. Chemotherapy Centre is at present located (Government Chest Institute, Egmore) as outright gift or on a nominal rent of Re. 1 per year. The representatives of the Council have also had detailed discussions with our officers. Considering the importance of the work that is being done by the T.B. Chemotherapy Centre and the proposed research projects assisted and aided by the I.C.M.R.; we have decided to give the lands and buildings on a nominal rent of Re. 1 per year. The I.C.M.R. has also proposed to locate their Southern Regional Headquarters at Madras.

Grants-in-Aid to Private Medical Institutions.—(b) Administered by D.H.S.—Grants-in-aid are paid to medical institutions under the control of Private bodies, Associates Societies, Missionary bodies, etc. in deserving cases. The following are the different kinds of grants given in the State :—

I. RECURRING.

(i) Capitation Grants to private Leprosy Institutions.

(ii) Maintenance Grants to other Medical Institutions.

II. NON-RECURRING.

(i) Building Grants.

(ii) Equipment Grants.

I. *(i) Capitation Grants to Private Leprosy Institutions.*—Grants are paid at the rate of Rs. 25 per patient per month and Rs. 12 per healthy child who are dependants of Leprosy Patients per month. Grants are payable to the Voluntary Leprosy Institutions for the treatment of infective cases as well as cases undergoing re-constructive surgery and non-lepromatous patients for

Tropiculcer. There are 12 such Voluntary Leprosy Organisations in receipt of Capitation Grant from the Government of Tamil Nadu. An average of 5 lakhs is paid as Capitation Grant per year.

(ii) *Maintenance Grants to private Medical Institutions.*—Maintenance grant is paid to deserving institutions. The grants are released on production of the audited statement of accounts and after the conditions govering the payment of such grants are found satisfied by the inspecting authorities. There are 32 institutions in receipt of maintenance grant from the Government of Tamil Nadu and an average of Rs. 26 lakhs is paid as Grant-in-aid.

II. (i) *Building Grants.*—Grants are sanctioned to private bodies for the acquisition of lands and for the construction of buildings for medical purposes to the extent of one half of the total estimated cost of each work subject to a specified maximum fixed by Government in each case.

INSTITUTIONS TO WHICH BUILDING GRANTS WERE SANCTIONED DURING 1974–75 ARE AS FOLLOWS :—

	Rs.
(1) Voluntary Health Services, Adyar, Madras ...	1.55,925.00
(2) A. S. Palanichamy Nadar Health Co-operative Society Limited Hospital, Dhavaipuram, Ramanathapuram district	16,000.00

(ii) *Equipment Grants.*—Equipment grants are paid to private Medical Institutions to the extent of one half of the cost towards the purchase of equipments. The grants are paid after the equipments are purchased by the Institutions and after the production of the audited statement of accounts relating to the purchase.

IV. *King Institute, Guindy.*—The King Institute, Guindy, started in 1899 and originally designed to serve as Vaccine Lymph Depot to the State, has developed into a major Public Health, manufacturing, teaching and research centre in the East.

Its main contributions are the following :—

Augmentation of production of Freeze-dried Smallpox Vaccine.—The production of Freeze-dried Smallpox Vaccine has been a part of UNICEF and World Health Organisation-aided programme. Equipments have been provided by these organisations and the recurring expenditure is met by the State Government.

The estimated total requirement of Freeze-dried Smallpox Vaccine for our State is 12 million doses. In 1970-71, 12 million doses were produced at this Institute and supplied to the Corporation of Madras and the Public Helath Department in the State.

Since this Institute is one of the four Centres in the country, Government of India felt that the production could be increased to meet the demands of the country. Accordingly, with the assistance of the World Health Organisation and UNICEF, the production programme was increased to 24 million doses. We are happy to note that this Institute has been producing 24 million doses every year for the last two years.

Manufacture of Triple Vaccine, Diphtheria Prophylactics. and Antivenom.—In the year 1969, Government sanctioned the construction of the following building schemes for the production of Triple Vaccine, Diphtheria Prophylactics and Antivenom.

1. Anerobic Block.
2. Snake House.
3. 25 stables for horses.

The production of anti-tetanus serum has registered an increase as indicated below :—

1969.	1973.	1974.
1.5 lakh doses	3.5 lakh doses	5 lakh doses

The production of tetanus toxoid was started in 1971 (as shown below) :—

1971-72.	1973-74.	1974.
1.69 lakh doses	2.7 lakh doses	3.9 lakh doses

1975 மார்ச் 27]

At the moment, the entire needs of our State are met. This can be stepped up to 8 lakh doses in 1975.

The production of Triple Vaccine and Antivenom have not commenced.

The (combined) Diphtheria Tetanus Toxoid Prophylactic is expected to be produced during 1975.

Proposals for the III Final Phase for the purchase of equipment, construction of buildings and certain additional staff involving and outlay of about Rs. 5 lakhs is under consideration of Government.

V. *Hospitals.*—(a) *Teaching Hospitals.*—There are 18 teaching hospitals in the state as indicesed in the enclosed statement No. II. The statement shows the bed-strength for the year 1971-72 and the proposed bed-strength for 1975-76. From the total bed-strength of 11,329 in 1971-72, it has increased to 12,453 in 1974-75. It will be further increased to 12,638 in 1975-76.

In order to provide additional facilities, Government have sanctioned during the current year 30 schemes costing Rs. 163-12 lakhs. The details are indicated in Statement No. III.

For the year 1975-76, 16 schemes are proposed to be sanctioned involving a total sum of Rs. 19.09 lakhs as indiciated in Statement No. IV.

(b) *Improvements to the Teaching Hospitals*—(i) Out-patient *Service.*—To give better and quick service a study was made. It was found that the admitting Medical Officers are not available the next day for treatment of the patient who was seen the previous day and the services were also limited to about 2-3 hours. There was no identification and diversion of severe and shocked cases at the Out-patient Department. Some of them have to wait for long before admission into the In-patient services. To remedy these, Government have sanctioned two Medical Officers fully qualified for proper diagnosis and treatment of patients who come on subsequent days and also to attend to emergencies in the O.P. Department with resuscitation units attached to it. This scheme at a cost of Rs. 9.7 lakhs in the Fifth Plan has been implemented during the year 1974-75 in the eight teaching Medical

College Hospitals. This has improved the Out-patient services considerably. It is also proposed to follow-up this service by introduction of Intensive Care Unit in four Medical College Hospitals. Serious and shocked patients admitted by the out-patient Medical Officers will be taken over by the Intensive Care Unit which will be equipped with life saving equipment, etc.

(ii) *Additional facilities.*—Additional facilities as indicated below have been sanctioned during the current year to the teaching hospitals :—

(1) Construction of 100 bedded Hospital Block in Stanley Hospital, Madras.

(2) Construction of a portion of ground floor and entire portion of first floor in the 100 bedded ward of Raffle Block in Stanley Hospital, Madras.

(3) Construction of Maternity Block in Kilpauk Medical College Hospital, Madras.

(4) Cancer Block in Government Royapettah Hospital, Madras.

(5) Ground floor, first and second floor of Cancer Block in Government Royapettah Hospital, Madras.

(6) Premature Baby Unit in Government Kasturba Gandhi Hospital for Women and Children, Madras.

(7) Paediatric Ward in R.M. Hospital, Thanjavur.

(8) Paediatric Block in Government Erskine Hospital, Madurai.

(iii) *Equipments sanctioned during the year* 1974-75.

(1) Purchase of new B.E.L. diagnostic tube shield with built-in B.D.L., X-ray tube.

(2) Purchase of laboratory chemicals to Institute of Child health and hospital for children.

(3) Purchase of Birds Respirator to Tirunelveli Medical College, Tirunelveli.

(4) Purchase of flame photo-meter to Tirunelveli Medical College, Tirunelveli.

(5) Purchase of one Theramerite Hype-Thermia Machine.

(6) Purchase of Bennet Respirator to Madurai Medical College, Madurai.

(7) Purchase of Astrup Blood Micros-equipment to Stanley Medical College, Madras.

(8) Purchase of Walk-incooler to Government Royapettah Hospital Madras.

(9) Repairs to D.3 X-ray Unit—Replacement of Tube.

(10) Provision of Centralised Oxygen of Oxygen and Nitros Oxide to Chingleput Medical College Hospital, Chingleput.

(11) Purchase of certain equipments to the flying squad, Government General Hospital, Madras (Coronary Care Unit).

(12) Cobalt 60 Beam Telothorapy Unit to Government Women and Children Hospital, Madras.

(13) Dual Trace monitor for Government Royapettah Hospital.

(iv) *Provision of water-supply.*—Water-supply for the hospitals in Madras City is being drawn from the Corporation sources and wells situated in the hospital premises. With the restrictions on water-supply due to drought conditions, additional wells, etc., have to be sunk. Government have sanctioned a sum of Rs. 14.77 lakhs for this purpose during the last four months.

(c) *New proposals—(i) Balarangapuram Hospital.*—In view of the growing need for additional medical facilities in Madurai City and taking into account the donation of Rs. 5 lakhs from the T.V.S. authorities, Government have sanctioned construction of a new Government Hospital at Balarangapuram, South Madurai at an estimated cost of Rs. 14.20 lakhs including the donation by T.V.S. authorities. The Madurai Corporation has placed at the disposal of the Government four acres of land for the construction of the hospital. The scheme is spread over a period of four years. Work has since been started.

(ii) *Peripheral hospitals.*—With the growth of Madras City and its periphery in size and population, provision of increased medical facilities in and around Madras City has posed problems

for a few years now. In spite of the extension of facilities in the City hospitals, the attendance in the out-patient department and admission into the hospitals have been on the increase. The dispensaries run by the Corporation of Madras if adequately strengthened, can take over part of the load. Efforts in this direction are being made by the Corporation. However, this by itself would not be adequate, and provision of peripheral hospitals is the solution to the problem. With this in view, Government have accepted in principle the opening of peripheral hospitals one each at Kalaignar Karunanidhi Nagar, Arignar Anna Nagar, Tondiarpet, Perambur and Teynampet. Sanctions have been issued for the hospitals at Kalaignar Karunanidhi Nagar, Arignar Anna Nagar and Tondiarpet.

1. *Kalaignar Karunanidhi Nagar Hospital.*—The proposal is to construct the hospital with 100 beds to start with. The sanction given is for a sum of Rs. 30 lakhs. Preliminary arrangements for taking over of land, etc., are in progress.

2. *Arignar Anna Nagar Hospital.*—The proposal is to start a 100-bedded hospital at a total cost of Rs. 28.02 lakhs. Preliminary arrangements are in progress.

3. *Tondiarpet Hospital.*—Here also the hospital will have 100 beds. The total sanction is Rs. 32.34 lakhs. The foundation stone for this hospital was laid by the Hon'ble Chief Minister on 4th December 1974.

(iii) Dr. Kalaignar Karunanidhi Institute of Rehabilitation and Artificial Limb Centre.—As early as 1954, Government have sanctioned the starting of a small Department of Physical Medicine and Rehabilitation at the Department of Orthopaedic Surgery, General Hospital, followed by the starting of a School of Physiotherapy. There were no facilities for fitting Orthopaedic appliances. The need for paying special attention exclusively devoted to the task of rehabilitation of Orthopaedically, handicapped and for providing services such as Physiotherapy, Occupational therapy, Artificial Limb and Brace fitting and Social and Vocational Rehabilitation has now arisen. With a view to meeting the increasing need of the Orthopaedically handicapped, it is proposed to start the Institute of Rehabilition and Artificial Limb

1975 மார்ச் 27]

Centre, outside the Campus of the General Hsopital, as a state level Institute of Service Training and Research, with 150 beds and corresponding attendance on outpatient side. This Institute will turn out about 20 Occupational Therapists and 20 Physiotherapists besides training Doctors for Post-graduate qualification in Physical Medicine. This will be located at Kalaignar Karunanidhi Nagar. The total cost of the scheme is Rs. 30 lakhs non-recurring and Rs. 5 lakhs recurring every year. Government of India have been addressed for the sanction of a grant of Rs. 20 lakhs and their reply is awaited.

(*iv*) *Frieda Monnier Hospital, Kalakkad.*—The M. Pierre Peace Foundation, a Belgian Organisation has been running the Frieda Monnier Hospital at Kalakkad in Tirunelveli district for a few years now. This hosipital gives both in-patient and out-patient treatment. It has X-ray facilities, maternity section and a mobile operation theatre. It has assets estimated at Rs. 4,45,000. The Belgian Organisation has pleaded its inability to continue to run the hospital and requested the Government to take over the hospital. After careful consideration, particularly of the good service that is being rendered by this hospital to the people in and around Kalakkad, Government have decided to take over the hospital in October 1974. The assets will vest with the Government. The annual recurring expenditure for running this hospital will be Rs. 1,77,000. Besides continuing to render medical service to the people, this hospital will also serve as a peripheral rural centre to train house-surgeons and medical students of the Tirunelveli Medical College in Social and Preventive Medicine.

(*vi*) *and* (*vii*) *District taluk and non-taluk hospitals.*—Medical treatment is available to the public through District Hospitals, Taluk and non-Taluk Hospitals, Mobile Medical Units and Dispensaries. At present these have a combined bed strength of 10,770 excluding the bed strength of 12,453 available in the teaching hospitals and Primary Health Centres. They have a total in-patient attendance of 23.62 lakhs and out-patient of 330,62 lakhs per year. Statement VII gives details of the number of hospitals and the bed strength for the years 1973-74, 1974–75 and 1975-76.

District Hospitals.—There are 14 District Headquarters Hospitals with a bed strength of 3,943 in 1974-75. On the basis of the recommendation of the State Planning Commission, Government have decided to upgrade the District Headquarters Hospitals in a phased manner. The bed strength of these hospitals will be increased to a bed strength of not less than 400 and up to 650. During the current year, it is proposed to upgrade the District Headquarters Hospitals at Nagercoil, Dharmapuri and Nagapattinam, Government have also sanctioned a Prisoner's Ward at the District Headquarters Hospital, Dindigul and a Dhoby Khana at District Headquarters Hospital Vellore, during the year 1974-75.

With a view to providing special treatment for the people in the districts, Government have decided to open special departments in a phased manner. The following have been sanctioned in the year 1974-75 :—

	Cost. (RUPEES IN LAKHS.)
1. Blood Bank at Government Headquarters Hospital, Dharmapuri.	0.21
2. E.N.T. Clinics at Erode and Tiruchrappalli.	1.41
3. V.D. Clinic at Headquarters Hospital, Erode.	0.33
4. Orthopaedic O.P. Unit at Nagapattinam and Ramanathapuram.	1.00
5. Paediatric Department at District Headquarters Hospital, Kancheepuram.	0.39
6 Ophthalmology Department at District Headquarters Hospitals, Salem and Tiruchirappalli.	1.38

During 1975-76 additional X-ray facilities will be provided in the District Headquarters Hospital at Pudukkottai at a cost of Rs. 1 lakh.

Taluk Hospitals.—There are 97 Taluk Hospitals with a bed strength of 4,451. This bed strength is proposed to be increased to 4,475 in 1975–76. During the current year 1974–75. Government have sanctioned the following schemes for the Taluk Hospitals :—

	Cost. (RUPEES IN LAKHS.)
1. Construction of Modern Kitchen in Government Hospital, Udumalpet, Coimbatore district.	0.33
2. Water-supply facilities to Government Hospital, Shencottah, Tirunelveli district.	0.22
3. Construction of Post-mortem Shed in Government Hospital, Virdhachalam, South Arcot district.	0.23
4. Blood Banks at Government Hospitals at Tindivanam, South Arcot district and at Namakkal, Salem district.	0.42
5. Dental Clinics at Government Hospitals, Cheyyar, Theni, Villupuram, Aranthangi and Arakonam.	1.16

During the current year, the work of the additional ward of 48 beds at Government Hospital, Tirupathur, a new 25-bedded Hospital at Hosur, a Maternity Ward of 20 beds at Sirkazhi have been completed.

For the year 1975–76, it is proposed to open four more Dental Clinics in Taluk Hospitals at a cost of Rs. 1.24 lakhs.

TAMIL NADU LEGISLATIVE ASSEMBLY

Buildings.—For 1975-76 the following schemes are proposed to be taken up at a cost of Rs. 13.67 lakhs :—

	Cost. (RUPEES IN LAKHS.)
1. Construction of 12-bedded ward in 16 Taluk Hospitals for the benefit of ex-servicemen from the Jawan's Relief Fund	5.00
2. Construction of store room in the Government Hospital, Mayuram.	0.21
3. Construction of 24-bedded ward in Government Hospital, Tiruchengode.	1.75
4. Construction of an X-ray block in Government Hospital, Thuraiyur.	0.50
5. Construction of waiting shed in Government Hospital, Tambaram.	0.68
6. Provision of drains and pavements in the Government Hospital, Tindivanam.	0.19
7. Provision for raising the level of the new site acquired for the expansion of Government Hospital, Sirkazhi.	0.34
8. Construction of additional buildings to Government Hospital, Tiruvannamalai.	5.00
	13.67

X-ray Plants.—In order to provide more facilities for the Radiographic examination of people living in rural areas, installation of X-ray plants for the following Taluk Hospitals have been sanctioned during the current year :—

1. Government Hospital, Chidambaram, South Arcot district.

2. Government Hospital, Lalgudi, Tiruchirappalli district.

3. Government Hospital, Melur, Madurai district.

1975 மார்ச் 27]

4. Government Hospital, Srivilliputhur, Ramanathapuram district.

5. Government Hospital, Karaikudi, Ramanathapuram District.

E.C.G. Apparatus.—E.C.G. apparatus at a total cost of Rs. 1 lakh has been sanctioned for 10 Taluk Hospitals during 1974–75. During 1975–76, two more Taluk Hospitals will be provided with X-ray facilities.

Non-Taluk Hospitals.—There are 109 Non-Taluk Hospitals with a bed strength of 1,974. During the current year the following schemes have been sanctioned :—

	Cost. (Rs. in lakhs.)
1. Construction of Modern Kitchen in Government Hospital, Palada, The Nilgiris district.	0.10
2. Construction of Post-Morterm shed in Government Hospital, Tittaigudi, South Arcot district.	0.25

For 1975–76 it has been proposed to construct operation Theatres in Government Hospital, Yercaud at cost of Rs. 60,000 and in Government Hospital, Papanasam at Rs. 40,000.

Mobile Medical Units—There are 13 Units serving the Rural areas in the Districts as detailed below :—

	No. of Units.
1. Dharmapuri	3
2. Tirunelveli	1
3. Madurai	2
4. The Nilgiris	2
5. South Arcot	1
6. Coimbatore	2
7. Ramanathapuram	1
8. Chinglepet	1
	13

These Units have treated 1,31,086 patients during the year 1973–74.

VIII. *Provincialisation of Panchayat Union Dispensaries.*—The Government have decided to take up the provincialisation of the Ex-District Board Dispensaries in a phased manner. As on 1st April 1968, the total number of Panchayat Union Dispensaries to be provincialised was 268. Out of this, 101 dispensaries have been ordered to be provincialised as detailed below and the names, etc., are given in Statement VI.

Ex-District Board Dispensaries	64
Panchayat Union Dispensaries	28
Rural Dispensaries	5
Municipal Dispensaries	4
	101

2. The criteria laid down after 1972-73 for the provincialisation of Panchayat Union Dispensaries are broadly as follows:—

(*a*) The Panchayat Unions concerned should offer the willingness to pay actual expenditure on maintenance for at least two years;

(*b*) The Panchayat Unions as well as the public should contribute certain amount of money;

(*c*) Not more than one dispensary should be considered from the same Panchayat Union;

(*d*) The Panchayat Union should give necessary buildings and vacant lands (at least two acres).

3. Out of the 101 dispensaries ordered to be provincialised, as on date, only 77 have been actually taken over.

There are 122 Ex-District Booard dispensaries and 54 Panchayat Union Dispensaries still to be considered for provincialisation. Out of these, the Panchayat Unions in respect of 9 dispensaries have come forward to fulfil the criteria stated above. Some others have agreed to fulfil the criteria partially. Besides

1975 மார்ச் 27]

the Panchayat Union Dispensaries, there are also some Rural, Municipal and Private dispensaries which are requesting for provincialisation.

4. A provision of Rs. 12.41 lakhs has been made in the Budget Estimate for 1975–76 for the provincialisation of Dispensaries.

IX. *Tuberculosis Control Programme.*—The survey conducted during the period 1955-58 has shown that about 7.6 lakhs persons in Tamil Nadu were affilicted with T.B. In order to diagnose and treat these cases, the National Tuberculosis Programme was evolved and it has been in operation in our State from 1963.

By the end of the III Plan, District Tuberculosis Programme was implemented in Madras City and in all the districts (except Dharmapuri) in our State. During the IV Plan, District Tuberculosis Programme was extended to Dharmapuri district. Proposal for the implementation of the District Tuberculosis Programme in the newly formed Pudukkottai district is under consideration.

Apart from the 13 District Tuberculosis Centres and the Tuberculosis Demonstration and Training Centre at Madras, there are 8 Chest Clinics and 863 Peripheral Centres (i.e. Government Hospitals, Primary Health Centres, Government Dispensaries, etc.). Under the Tuberculosis programme about 5.8 lakhs cases of Tuberculosis have been detected and treated. Out of this about 1.2 lakh cases (cumulative) have completed one full course of treatment.

For acutely ill, emergency and surgical cases, who need inpatient treatment, there are 3,230 beds available in the State in Government and private Tuberculosis Sanatoria, and in Tuberculosis Hospitals and in the Tuberculosis wards attached to the General Hospitals (Government and Private).

One BCG Team is attached to each District Tuberculosis Centre. In order to cover larger population the State Government have accorded sanction for the creation of 4 additional BCG Teams one each for North Arcot, South Arcot, Tiruchirappalli and Madurai districts. There is one BCG Surveillance Team functioning at the State level to supervise the working of the BCG Teams in the State. For the year 1975-76, it is proposed to sanction two additional BCG Units to step up the operations.

The Tamil Nadu T.B. Association has conducted successfully 24th Seal Sale Campaigns and the 25th Campaign is on the run. The collections from each district are utilised for the implementation of the anti-TB measures in the respective districts. The Tuberculosis Association of India has awarded the Rolling Shield to the Tamil Nadu Tuberculosis Association for the last seven years for maximum T.B. Seal sales and for its good work. A replica of the Trophy has been awarded to the Tamil Nadu Tuberculosis Association as Tamil Nadu has won the Trophy continuously for five years.

X. *Leprosy control programme.*—Tamil Nadu is one of the highly endemic States in India. There are about 7.5 lakhs of leprosy patients based on the average prevalance of 19 per 1,000 in 411 lakhs of population in the State as per 1971 census.

Prior to Independence, there were only a few colonies for Leprosy Patients maintained by Christian missionaries. When the Plan Schemes were drafted, it was envisaged to take up Leprosy as one of the National Control Programmes since it was one of the major diseases in the country causing deformity and loss of man power.

From 1956 onwards during each plan period, a few control Units were starred. Centre was contributing only a certain percentage of share of expenditure for the new schemes started in each plan period. A few international agencies and also many Voluntary agencies started doing Leprosy Work on the pattern of National Leprosy Control Programme. Prior to 1969, the number covered by Government and Voluntary Organisations was 42 lakhs and 60 lakhs respectively. During the IV Plan Government of India gave 100 per cent aid to the new schemes started for Leprosy and we have fully utilised this aid. There was a large coverage of people during this period. 70 lakhs of additional population were covered. A voluntary Organisation has undertaken the Control Programme in Madras City to cover 10 lakhs urban population during the above period. By the end of the IV Plan, 182 lakhs of population have been covered.

During 1974–75, 8 lakhs of school children were examined, 7,056 cases were detected and treated.

During the V Plan period also Government of India would be giving 100 per cent aid. It has been planned to cover the entire State with a network of urban rural organisations.

During 1974-75 the First Year of the tentative V Plan period, 20 lakhs of population have been newly covered both in the urban and rural areas. During the 2nd year of the V Plan period, i.e., in 1975-76, it is proposed to cover 86 lakhs of population.

During 1974-75, colony part of Central Leprosy Teaching and Research Institute, Tirumani and the Silver Jubilee Clinic, Saidapet, were taken over by the State as the Centre was unwilling to maintain them. At present, there are 350 immates who are being kept for stabilising them with D.D.S.

XI. *Cancer control.*—There is only one population-based Cancer Registry functioning in Bombay since 1963. From this Registry it is estimated that about five lakh persons die of Cancer every year in the country. Figures available in Greater Bombay which may be representative of the country estimate that 85 new cases of Cancer may occur for every one lakh population. In Tamil Nadu with a population of 41 millions there may be an unfortunate possibility of about 35,000 new cases of Cancer every year.

Objectives of the Arignar Anna Memorial Cancer Institute.—Cancer Control as defined by a World Health Organisation Expert Committee is a series of measures based on present medical knowledge in the field of prevention, detection, diagnosis, treatment, rehabilitation and after-care of Cancer aimed at reducing the incidence of cancer, increasing the number of cures and reducing the invalidism due to Cancer.

Based on the above concept, the Government of Tamil Nadu in collaboration with the World Health Organisation are evolving a Cancer Control Project at Kancheepuram for the first time in India and perhaps the first one of its kind in South-East Asia.

The general objective is to evaluate the development of a Cancer Control Programme based on applicable systems of early detection and effective treatment fitted within the priorities of

the State, the existing framework of the Health Services, economic possibilities and the Social and Cultural characteristics of the area.

Funds and Mode of Operation—World Health Organisation Aid.—As per the plan of operation one million Norwegian Kroners (equivalent to 11 lakh rupees) were to be channelled from the Norwegian Aid Agency through the World Health Organisation for capital outlay on buildings, equipments, etc., for the Institute apart from 20,000 U.S. dollars (equivalent to 1.5 lakh rupees) to be given per year by the World Health Organisation as a grant-in-aid.

The Norwegian Aid Agency had also agreed to give 70,000 Norwegian Kroners (equivalent to about Rs. 70,000) to be reduced by 20 per cent each year for a period of 5 years for the maintenance of equipment and supplies made by the World Health Organisation to this Institute. This will also be channelled through the World Health Organisation.

Forty thousand U.S. dollars (equivalent to about Rs. 3 lakhs) were received as grant-in-aid for the years 1968–69. World Health Organisation has supplied Laboratory, Health Education, Equipment, etc., for about 40,000 U.S. dollars (equivalent to Rs. 3 lakhs) so far.

With the starting of the project the magnitude of the problem has become known. Therefore, we addressed the World Health Organisation to retain all the foreign exchange available from and through the World Health Organisation from Norwegian aid (NORAD), for the purchase of sophisticated Radiotherapeutic and other equipments required for the treatment of Cancer which are not available in this Country. We also propose to request for further aid for expansion of the 100 bedded Cancer Hospital under construction, and for developing a Cancer Control Programme for the whole State in a phased manner.

State Funds.—The non-recurring and recurring cost to Government in maintaining the present Institute which has a sophisticated epidemiological programme, and a School of Cytology which can train doctors and para-medical staff in Cancer Control is Rs. 10.04 lakhs and Rs. 3.5 lakhs respectively.

1975 மார்ச் 27]

Government have sanctioned Rs. 35.02 lakhs (27 lakhs for buildings, 6.92 lakhs for air-conditioning, 1.10 lakhs for cost of land) for the construction of a 100 bedded Cancer Hospital in Karapettai Village, Kancheepuram taluk, 4½ miles from the present Institute which is in the Kancheepuram Town. Government have also since sanctioned Rs. 17 lakhs for another 150 beds for the same Cancer hospital, bringing the total bed-strength to 250 beds. The ultimate bed-strength of this hospital is expected to be 350. Government have also sanctioned a non-recurring and recurring expenditure of Rupees .73 and .68 lakhs respectively to institute minimum therapeutic facilities for Cancer as soon as the Radium Block in the ground floor of the 100 bedded Cancer hospital is completed.

The future role of the Arignar Anna Memorial Cancer Institute in India and in South-East Asia.—As per a Press Information Bureau Release of the Government of India, this Institute has beeen recommend by the Cancer Asscessment Committee of the Government of India, to be developed into one of the eleven Regional Centres for Cancer and Research in the nation with a comprehensive Cancer Control Programme, a 250 bedded Cancer hospital with all modern facilities for Surgery Radiotherapy and Chemotherapy and for training undergraduate and Post-graduate medical students.

Apart from training medical and para medical personnel in the epidemiological and the early detection aspects of Cancer Control, this institute is ultimately to be developed as a model Regional Cancer Centre in South-East Asia, embracing all aspects of fundamental Cancer Research and training post-graduates in various aspects of Oncology. Higher speciality degrees in Surgical and Medical Oncology are also ultimately envisaged.

State Aid to Private Cancer Hospitals.—Government have assisted the following private hospitals which give treatment for Cancer :—

Cancer Institute, Adayar	4.25 lakhs per year (maintenance grant)
G. Kuppuswami Naidu Memorial Hospital, **Coimbatore**	1 lakh per year (maintenance grant)

XII. *Drugs Control.*—The Director of Health Services and Family Planning is the Drugs Controller and Licensing Authority for the State. He is assisted by one Deputy State Drugs Controller and two Assistant State Drugs Controllers. There are 59 Drugs Inspectors and 10 Senior Drugs Inspectors.

There are 398 manufacturing concerns and 7,105 sales concerns in Tamil Nadu. During 1973–74, 27.535 sales concerns, 1,101 manufacturing concerns and 700 Hospital Pharmacy and Medical Stores, were inspected by the Drugs Inspectors. During this period, 153 prosecutions under the Drugs and Cosmetics Act, and 46 prosecutions under the Drugs Prices Control Orders were sanctioned. Nine hundred and forty-eight advertisements under Drugs and Magic Remedies (Objectionable Advertisement) Act were screened.

During 1974–75 Government have agreed in principle to transfer the administration of Dangerous Drugs Act, 1950, from the purview of the State Excise Department to Drugs Control Administrative Department.

ACHIEVEMENTS IN 1974–75.

1. Certain firms and individuals were found to be dealing in drugs bearing hospital markings and all cases have been promptly investigated and the erring individuals and firms were prosecuted.

2. In view of the prevailing drug shortages, a close watch is being kept on the availability of drugs in the market and hospitals and all cases of shortages are regularly brought to the notice of the Drugs Controller, Government of India.

3. A close watch is being kept on the availability of drugs and the rates charged for them to prevent black-marketing or hoarding of drugs. Seventeen prosecutions have been launched from 1st April 1974 to 30th September 1974 under the Drugs (Prices Control) Order.

4. In view of the reported deaths in Kanpur on administration of Dextrose injection, all the manufacturers of transfusion solutions in the State are subjected to frequent inspections and close watch is being kept on the quality of transfusions moving in the State.

The Drug Testing Laboratory has been working in the King Institute at Guindy from the year 1948. With a view to improving the existing facilities for analysis of drugs, Government have sanctioned Rs. 5 lakhs for the construction of the ground floor of a new building for the Laboratory. It is also proposed to sanction further construction of two floors of the building and provide for purchase of equipment, furniture, etc., at a total cost of Rs. 12.40 lakhs.

XIII. *Chief Minister Kalaignar Karunanidhi Free Eye Camp.*—Government have launched a massive programme known as "Chief Minister Kalaignar Karunanidhi Free Eye Camp" with effect from 3rd June 1972 coinciding with the birthday of the Hon'ble Chief Minister to bring light and cheer to the lakhs of families of blind persons. The birthday contribution offered by the public formed the basis for the project.

For implementing the scheme effectively, the State has been divided into five zones and five mobile Ophthalmic Units each consisting of suitable staff have been sanctioned. Each unit is in charge of one zone. For administrative reasons ,these Mobile Ophthalmic Units have been attached to the Government Medical Institutions as noted below. Government have also sanctioned a post of Special Deputy Collector with necesary staff to step up the work, equipments, transport, etc.

Area covered under each zone.	*The Government Medical Institution to which the Mobile Ophthalmic Units are attached.*
(1)	(2)
1. Madras, Chingleput and South Arcot.	Government Ophthalmic Hospital, Madras.
2. North Arcot and Dharmapuri	Do.
3. Thanjavur, Thiruchirappalli and Pudukottai.	Government Raja Mirasdar Hospital, Thanjavur,
4. Coimbatore, Salem and The Nilgiris.	Coimbatore Medical College Hospital, Coimbatore.
5. Madurai, Ramanathapuram, Thirunelveli and Kanyakumari.	Government Erskine Hospital, Madurai.

[1975 மார்ச் 27

Out of the five Units, two are under the supervision and control of the Superintendent, Government Ophthalmic Hospital, Madras and the remaining three units under the Ophthalmic Surgeon, Government Erskine Hospital, Madurai. Normally each Unit conducts two camps in a month and performs about 300 to 500 cataract operations and gives treatment to thousands of people for eye ailment.

The year-wise achivements are as follows:—

Year.	Number of eye camps conducted.	Number of out-patients.	Number of cataract operations.	Number of refractions.	Number of minor operations.
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
1972–73	57	2,44,349	32,948	37,375	688
1973–74	80	2,44,343	31,931	27,359	246
974–75 till 1975–76	87	1,62,108	25,371	15,651	252
Total ..	224	6,50,800	90,250	80,385	1,186

The districtwise figures are as follows :—

	Name of the district.	Number of camps conducted.	Out-patients.	Cataract operations.	Refractions.	Minor operation.
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
1	Madras	6	8,979	624	1,819	..
2	Chingleput	23	30,364	6,290	5,917	20
3	North Arcot	17	39,364	7,029	7,700	9
4	South Arcot	16	42,740	6,452	7,618	45
5	Dharmapuri	8	16,414	2,154	5,275	8
6	Thanjavur	18	83,757	10,901	7,905	220
7	Thiruchirappalli	19	75,172	10,619	6,862	48
8	Salem	19	51,139	8,820	5,126	114
9	Coimbatore	24	74,405	12,184	8,263	153
10	The Nilgiris	7	22,905	822	2,102	174
11	Madurai	19	89,400	10,471	6;725	148
12	Ramanathapuram	23	61,977	6,880	9,109	137
13	Tirunelveli	17	40,358	5,810	3,621	87
14	Kanyakumari	6	9,761	665	1,954	23
15	Pudukkottai	2	3,415	519	389	..
	Total ..	224	6,50,800	90,250	80,385	1,186

[1975 மார்ச் 27

Apart from the Eye Camps, continuous base Eye Camps have been functioning in the following places :—

(1) Ootacamund Headquarters Hospital.

(2) Salem Headquarters Hospital.

(3) Chingleput Medical College Hospital.

(4) Government Hospital, Tambaram.

(5) Coimbatore.

(6) Tiruchirappalli.

(7) Madurai.

The Director of Health Services and Family Planning is in over-all charge of the Scheme. The District Collectors, with the assistance of the Revenue and Block staff are organising the camps in consultation with the Unit Medical Officers.

The expenditure on the scheme, except the cost of personnel, i.e., salaries and allowances to the staff is being met from a special fund called " The Chief Minister Eye Camp Fund ". The expenditure on the scheme is initially met from Government funds and got reimbursed from " Chief Minister Eye Camp Fund " periodically.

The approximate expenditure is estimated at Rs. 55 per cataract operation and Re. 0.50 per out-patient. A sum of Rs. 40,74,882 being the expenditure for the year 1972–73 and 1973-74 has so far been reimbursed from the Chief Minister Eye Camp Fund. For the year 1974–75, a sum of Rs. 20 lakhs has been provided for the " Eye Camps ".

XIV. *Homeopathy.*—The Tamil Nadu Homoeopathy System of Medicine and Practitioners of Homoeopathy Act, 1971 is in force in this State from the 5th May 1972. The Council of Homoeopathy established under the provisions of the Act, has completed the preliminary work for issue of registration certificates to the Homoeopathy Practitioners and it will issue the certificates soon.

The Government have accepted, in principle the opening of a Government Homoeopathic Medical College with a 50-bed hospital Accommodation for the College and Hospital is expected to be

1975 மார்ச் 27]

secured in Madras City from May 1975. The College with the attached Hospital is expected to commence from the next academic year. According to the tentative proposals worked out, the recurring expenditure on employment of staff and on maintenance of the College and Hospital will be about Rs. 3.50 lakhs per annum and non-recurring expenditure on purchase of equipments, books, furniture, etc., for the College and Hospital will be about Rs. 3 lakhs.

XV. *Indian Systems of Medicine.*—The Government is anxious to revive the glory and heritage of Indian Systems of Medicine, particularly the Siddha System which is indigenous to Tamil Nadu and the Southern States and to encourage other systems of medicine, viz., Ayurveda and Unani.

Madras City.—Arignar Anna Government Hospital of Indian Medicine with 100 beds was started in the year 1970. Out of 100 beds, 34 for Siddha, 33 for Ayurveda and 33 for Unani systems of Medicine have been set apart.

A pharmacy to manufacture the required medicines for all the three systems of Indian Medicine is also attached to this hospital. Government have sanctioned a sum of Rs. 3.3 lakhs for the construction of a new pharmacy block and it has been completed.

In order to get green medical herbs readily for the treatment of the patients, a Medicinal Herbal Garden has also been maintained adjacent to the hospital. A sum of Rs. 23,000 was sanctioned during the year 1973–74 for the improvement of this herbal garden.

Education.—Two-year Diploma Courses in Pharmacy for Siddha, Ayurveda and Unani were started in the year 1974–75. Fifteen students in Siddha, 5 in Ayurveda and 5 in Unani are undergoing the course. This is attached to the Arignar Anna Government Hosptal of Indian Medicine. The students are paid a monthly stipend of Rs. 30.

Dispensaries.—At present three Siddha Wing Dispensaries one each at the Government Secretariat, Chepauk and Saidapet are functioning. Another Siddha Dispensary is to be opened shortly in Triplicane. Building for this purpose at a cost of Rs. 49,000 is nearing completion.

1975 மார்ச் 27]

Building Programme.—The following buildings were constructed during 1974–75 :—

	Cost. (Rs. in lakhs.)
(1) Additional accommodation for 25 beds for Indian Systems of Medicine at Arignar Anna Government Hospital of Indian Medicine, Madras-29 (Eastern Wing)	1.45
(2) Additional accommodation for 25 beds at Arignar Anna Government Hospital of Indian Medicine, Madras-29 (Western wing) exclusively for Siddha	1.41
(3) New Pharmacy Block at Arignar Anna Government Hospital of Indian Medicine, Madras	3.56
(4) Siddha dispensary at Triplicane opposite to Kasturba Gandhi Hospital, Madras	0.40
(5) Medicinal farm at Arignar Anna Government Hospital of Indian Medicine, Madras	0.87
Total	7.69

A building for Central Research Institute (Siddha) at Arignar Anna Government Hospital of Indian Medicine at a cost of Rs. 5 lakhs is in progress. For the year 1975–76, the following are proposed to be taken up :—

	(Rs. in lakhs)
(1) Construction of II and III floors over Central Research Institute, Siddha, for Captain Srinivasamurthy Research Centre, Madras	3.90
(2) Construction of store-room adjacent to the existing kitchen at Arignar Anna Government Hospital of Indian Medicine, Madras	0.40
(3) Improvement to Pharmacy, Government College of Indian Systems of Medicine, Palayamkottai	1.00
Total ...	5.30

[1975 மார்ச் 27

Research.—Central Council of Research in Indian Medicine, New Delhi has set up the following research units in the City. The State Government provide accommodation and bed facilities in the hospital including nursing facilities. The Central Council for Research in Indian Medicine and Homoeopathy bear all other expenditure.

(i) *Central Research Institute (Siddha).*—Clinical research on Peptic Ulcer and Cancer have been taken up with 10 beds for each problem. Pharmacological action of the drugs clinically used for two diseases are being processed.

(ii) *Clinical Research Unit (Siddha).*—At Arignar Anna Government Hospital of Indian Medicine.

Clinical Research on Psoriasis and Rheumatoid Arthritis has been undertaken by this unit. Government have sanctioned the construction of a building to accommodate Central Research Institute (Siddha) in the campus of Arignar Anna Government Hospital of Indian Medicine at a cost of Rs. 5.00 lakhs and it is under construction.

(iii) *Standardisation of Drugs (Siddha) Unit.*—Captain Srinivasamoorthi Institute, Advar, is functioning under Central Council of Research in Indian Medicine. Government have decided to provide accommodation in the new Central Research Institute (Siddha) buildings in the campus of Arignar Anna Government Hospital for Indian Medicine, Madras-29 at a cost of Rs. 3.90 lakhs.

Other special schemes.—

(i) Collection of cudgeon leaves, manuscripts and rare printed books, and purchase of printed books.

(ii) Printing and publishing of Siddha Literatures and Siddha Text books intended for B.I.M. and M.D. (Siddha) degree and Post-Graduate courses.

(iii) Processing of " Muppu ".

1975 மார்ச் 27]

The above works are being attended to by the Siddha Science Development Committee and the Special Officer for Siddha Science Development Committee is in charge of the implementation of the suggestions of the Committee. The Committee has so far collected the following :—

(1) 360 Cudgeon leaves.

(2) 84 manuscripts (out of them we have purchased nearly 5,000 pages of manuscripts of Tamil Dictionary by late T. V. Sambasivam Pillai).

(3) 561 rare printed books.

(4) Two printed books purchased, viz :—(1) Agathiyar Gunavagadam ; and

(2) Siddha Treatment of Diseases (each 500 copies). This apart 500 copies of a book called "Yamaga Venba" was given as donation to the Government.

The Government have printed 500 copies of—

(1) Nanjunool and

(2) Balavagadam.

There is no book on "History of Siddha Medicine", either in English or in Tamil. Many eminent physicians in the country are anxious to know about Siddha. In order to make "Siddha System" popular, writing of "History of Siddha Medicine" in English has been entrusted to a versatile scholar in our State who is also a member of the Siddha Science Development Committee.

Private publications.—Arulmigu Dhandayuthapani Devesthanam Temple, Palani, has donated Rs. 2.00 lakhs for printing and publishing of rare siddha books written or complied by private persons. Ten books are nearing completion of printing.

Districts.—The College of Indian Systems of Medicine at Palayamkottai with 100 beds was started in 1966 to impart clinical training to the students of B.I.M. Government have constructed a new building at a cost of Rs. 8 lakhs for this College Hospital and another building for the College at a cost of Rs. 10 lakhs. In December 1972, the Post-Graduate in M.D. (Siddha) was started

with 100 per cent aid from Government of India. By this the Departments of Maruthuvam (Siddha Medicine), and Gunapadam (Siddha Materia Medica) were upgraded. In order to provide adequate bed-strength to facilitate suitable clinical training to the students. Government have sanctioned additional 100 beds at a cost of Rs. 5 lakhs. A pharmacy, manufacturing medicines is also attached to this hospital. There is a proposal to sanction construction of building to house the pharmacy at a cost of Rs. 1 lakh. A small Herbal garden is also attached to this hospital. Government have also sanctioned the setting up of a medicinal farm at Alagiapandiapuram in Kanyakumari district.

With a view to popularising the Indian Systems of Medicine among the people, Government have opened Siddha branches in 14 district headquarters and 25 taluk headquarters. The number of other Indian Medicine Dispensaries, etc., is shown in Statement V.

XVI. *Family Planning Programme.—General Objective.*—(1) Family Planning Programme continues to get high priority in our Planning. The policy is to aim at a reduction in the birth-rate from 35 to 25 per thousand by 1979. From the beginning of the Family Planning Programme up to February 1975. 18,11,300 sterilisation operations and 2,46,656 I.U.D. insertions have been done besides popularising conventional contraceptives. While targets have been fixed for various methods, it has been emphasied that the programme cannot be restricted to any one or two methods. Emphasis is therefore laid on all the approved methods.

(2) *Organisational set up.*—The organisation consists of a State Family Planning Bureau at the State headquarters, 13 District Family Planning Bureaux, 241 Urban Family Welfare Planning Cenrtres, and 374 Rural Family Welfare Planning Centres. The Urban Centres are located in Government Hospitals, Local Bodies and Voluntary Organisations and Rural Centres in the Primary Health Centres.

(3) *Post-Partum Programme.*—The aim of Post Partum Programme is to initiate and intensify Family Planning activity in large Maternity Hospitals, when the women is registered for confinement in such institutions. Educational and motivational activities are continued during the lying-in period and at the time of 4 to 6 weeks post-partum check.

1975 மார்ச் 27]

Eleven Post-Partum Units were functioning in 1973–74. During 1974–75 the programme has been extended to 13 more institutions making a total of 24 institutions, 22 Government Hospitals and 2 private institutions.

There are three Training Centres—two under Government at Egmore and Salem and one in Gandhigram under private management. These Centres train Medical Officers, Health Visitors and others.

(4) *Targets and achievements.*—The following are the targets and achievements for the year 1973–74 and 1974–75 :—

	1973–74		1974–75 (*up to February* 1975)	
	Target.	*Achievement.*	*Target.*	*Achievement.*
Sterilisation ..	1,00,000	1,10,095	1,89,400	1,75,533
IUD	30,000	23,360	37,000	21,120
CC users ..	1,50,000	98,216	87,400	2,12,430

This has been possible because of sustained work put in by the departments concerned under the guidance of the Director of Health Services and Family Planning, the Collectors in the Districts, the Special Officer, Madras Corporation and others.

Government of India have however cut down the Central assistance for the Family Planning Programme from Rs. 414.00 lakhs in 1973–74 to Rs. 360.00 lakhs during the year 1974–75. The pattern of Compensatory Allowance given by Government of India for Sterilisation and I.U.D. Programmes and the amount spent by the State are given below :—

	Total expenditure for each.	*Central assistance.*	*State share.*
1. *Sterilisation*—			
	RS.	RS.	RS.
(a) Vasectomy ..	80	35	45
(b) Tubectomy ..	110	70	40
2. IUD	15	8	7

The extra expenditure to the State Government for the performance in Family Planning Programme is as follows :—

Achievement (up to February 1975)—1,75,533

	Achievement.	*Total expenditure.*	*Central share.*	*State share.*
		(RS. IN LAKHS.)		
Vasectomy ..	1,18,856	95.09	41.60	**53.49**
Tubectomy ..	56,677	62.34	39.67	**22.67**
IUD	21,120	3.17	1.69	**1.48**
		160.60	82.96	77.64

We have addressed the Government of India for increased Compensatory Allowance for Sterilisation and I.U.D. Programmes. So far the Government of India have not agreed to meet the enhanced rates of allowance paid by us. In view of the special importance which Family Planning should occupy in National Planning for Development, we hope that Government of India would reconsider and accede to our request. We believe that unless Family Planning succeeds, our projections and planning in the country would go away.

(5) *Building programme.*—The building programme includes the construction of F.P. wings at 374 Primary Health Centres and 1,395 sub-centres. Of these so far 350 main centres and 1,222 sub-centres have been completed. The work is in progress for 4 main centres and 30 sub-centres.

Due to the ban imposed on the construction of buildings and limited allotment of funds by Government of India, construction of other buildings could not be taken up.

(6) *Mass Education.*—Publicity on Family Planning Programme is done by several media such as boardings, wall paintings, films, dramas, cultural programmes, seminars, pattimanrams,

1975 மார்ச் 27]

kaviarangams, gramaphone record songs, All-India Radio, advertisements in newspapers and periodicals, cinema slides, exhibitions, question and answer sessions, etc. A monthly Tamil newsletter "Kudumbanala Seithi Kadir" is being issued by the State Family Planning Bureau. Posters, pamphlets, booklets and folders on Family Planning, Maternal and Child care, nutrition and Medical Termination of Pregnancy are also being printed and distributed.

With the co-operation of State Family Planning Bureau, All India Radio, Madras has launched a novel project of 'spots and jingles' for broadcasting in the midst of popular songs. Four documentary films and 2 colour quickies on Family Planning have been produced so far. Nine Gramaphone records consisting of 24 songs on Family Planning have also been produced.

During 1973-74 the expenditure incurred on Mass Education and Media activities was Rs. 6.21 lakhs. For the year 1974–75 it has been reduced to Rs. 3.25 lakhs by Government of India.

(7) *Budget and expenditure.*—The Family Planning Programme is a Centrally Sponsored Scheme; but a part of the expenditure is met by the State Government. During 1973–74, against the total expenditure of Rs. 540.08 lakhs, the Central share was Rs. 512.08 lakhs and the State share Rs. 28 lakhs. During the current year-up to December 1974, the total expenditure incurred is Rs. 356.09 lakhs which includes the State share of Rs. 33.52 lakhs as against the corresponding figures of Rs. 332.69 lakhs and Rs. 7.39 lakhs in 1973-74. Due to intensification of the programme, a sum of Rs. 562.64 lakhs is expected to be spent during the year 1974–75 which will include a State share of Rs. 84.83 lakhs.

(8) *Medical Termination of Pregnancy.*—Fifty-six Institutions have been approved for carrying out Medical Termination of Pregnancy. These include 9 Teaching Hospitals, 13 District Headquarters Hospitals, 28 Taluk Hospitals and 6 Voluntary Organisations. The above scheme has been extended to 27 Taluk Headquarters Hospitals during 1974–75.

STATEMENT I.

LIST OF POST-GRADUATE COURSES AND DIPLOMA COURSES FOR APRIL 1975.

Name of the Course.	*Number of seats allotted.* Madras Medical College.	Stanley Medical College.	Madurai Medical College.	Medical College, Thanjavur.
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
M.D. General Medicine	21	20	18	5
Obstetrics and Gynaecology ..	8	4	4	..
Pathology	4	..	2	..
Microbiology	6	..	2	..
Physiology	4	..	4	..
Paediatrics	17	..	3	..
Radio Diagnosis	4	..	..	..
Radio Therapy	4	..	..	..
Anaesthesiology	3	2	3	..
Venereology	4	..	..	..
Dermatology	4	..	..	..
Bio-Chemistry	4	..	..	..
General Surgery	21	20	18	3
Orthopaedics	4	..	2	..
Opthalmology	6	..	6	..
E.N.T.	6	..	5	..
Pharmacology	4	..	4	..
Forensic Medicine	..	..	2	..
M.D. Anatomy	2	4	2	..
M.S. Neuro Surgery	2	..	..	..
M.D. SPM	1	..	..	..

தமிழ்நாடு சட்டமன்றப் பேரவை TAMIL NADU LEGISLATIVE ASSEMBLY வாய்மையே வெல்லும் TRUTH ALONE TRIUMPHS

1975 மார்ச் 27]

Diploma for April 1975.

Name of the Course.	Madras Medical College.	Stanley Medical College.	Madurai Medical College.
(1)	(2)	(3)	(4)
D.G.O.	18	6	8
D.C.H. April/Oct.	34	6	6
D.A.	4	4	6 per session.
D.M.R.D.	4	4	6 per session.
D.O.	6	..	6 per session.
D. Ortho	4	2	2 per session.
D.L.O.	4	..	6 per session.
D.P.M.	6+2	..	3 per session.
D.C.P.	4	..	..
D.V.	6+2	..	..
D.D.	6	..	..
D.M.R.T.	4	..	..
D.T.C.D.	12	..	..

Higher Specialities.

Name of the Course.	Number of seats available.
(1)	(2)
Madras Medical College.—	
1 Operative Dentistry	2
2 Oral Surgery	3
3 Periodontia	3
4 B.S.Sc., and IPH.	10
5 M.Ch. Paediatric Surgery	2
6 M.Ch. Plastic Surgery	2
7 M.Ch. Thoracic Surgery	2
8 M.Ch. Urinary Surgery	4
9 D.M. Neurology	2
10 D.M. Cardiology	2
Madurai Medical College—	
1 M.Ch. Paediatric Surgery	2
2 M. Ch. Neuro Surgery	2

STATEMENT II.

NUMBER OF BED STRENGTH OF THE HOSPITALS.

(1)	1971-72. (2)	1975-76. (3)
1 Government General Hospital, Madras	1,244	1,537
2 Government Stanley Hospital, Madras	931	1,011
3 Kilpauk Medical College Hospital, Madras	300	300
4 Government Royapettah Hospital, Madras	340	526
5 Government Ophthalmic Hospital, Madras ..	266	328
6 Government K.G. Hospital for Women and Children, Madras.	615	635
7 Institute of Obstetrics and Gynaecology and Government Hospital for Women and Children, Madras.	474	528
8 Raja Sir Ramaswamy Mudaliar's Lying in Hospital, Madras.	275	426
9 Institute of Child Health and Hospital for Children, Madras.	250	250
10 Government Tiruvotteeswarar Tuberculosis Hospital, Otteri, Madras.	222	222
11 Government Mental Hospital, Madras	1,800	1,800
12 Government Tuberculosis Sanatorium, Tambaram ..	618	726
13 Government Erskine Hospital, Madurai	1,310	1,394
14 Government Raja Mirasdar Hospital, Thanjavur ..	636	642
15 Thanjavur Medical College Hospital, Thanjavur ..	538	538
16 Chingleput Medical College Hospital, Chingleput ..	400	416
17 Coimbatore Medical College Hospital, Coimbatore ..	785	805
18 Tirunelveli Medical College Hospital, Tirunelveli ..	325	554
Total ..	11,329	12,638

STATEMENT III.

BUILDING PROGRAMME.

PRESENT SCHEME IN FULL RECENTY SANCTIONED.

Serial number and name of work.	*Estimated amount.*	*G.O. No. and date.*
(1)	(2)	(3)
	(RS. IN LAKHS).	
Madras Medical College, Madras.		
1 Construction of additional three floor over the canteen block.	4·00	G.O. Ms. No. 2511, Health, dated 12th November 1974.
2 Improvements to Common Hall	3·85	G.O. Ms. No. 2727, Health, dated 7th December 1974.
3 Construction of a clinical examination room.	1·60	G.O. Ms. No. 1731, Health, dated 26th July 1974.
4 Improvements to the Electrical Installation in the Institute of Physiology and Pharmacology.	0·20	G.O. Ms. No. 1391, Health, dated 17th June 1974.
Kilpauk Medical College, Madras.		
5 Construction of Buildings for accommodating Social and Preventive Medicine and Microbiology.	4·40	G.O. Ms. No. 1738, Health, dated 27th August 1974.
6 Construction of a pump room for well water supply.	0·21	G.O. Ms. No. 196, Health, dated 7th February 1975.
Chingleput Medical College Hospital, Chingleput.		
7 Construction of Pharmacy Block	7·50	G.O. Ms. No. 121, Health, dated 22nd January 1975.
8 Provision of centralised system of Oxygen and Manifold room.	2·35	G.O. Ms. No. 2725, Health, dated 13th December 1974.

TAMILNADU LEGISLATIVE ASSEMBLY
TRUTH ALONE TRIUMPHS

Serial number and name of work.	Estimated amount.	G.O. No. and date.
(1)	(2)	(3)
	(Rs. IN LAKHS).	
Coimbatore Medical College and Hospital.		
9 Construction of accident ward with 30 beds.	3·00	G.O. Ms. No. 2031, Health, dated 10th September 1974.
10 Construction of Mortuary Block.. ..	1·60	G.O. Ms. No. 1016, Health, dated 27th April 1974.
Government General Hospital, Madras.		
11 Replacement of a lift	2·00	G.O. Ms. No. 2018, Health, dated 18th September 1974.
12 Improvements of water supply	0·62	G.O. Ms. No. 2575, Health, dated 20th November 1974.
13 Provision of underground cable from the surgical block, Transformer pillar box to Engine House.	0·44	G.O. Ms. No. 2789, Health, dated 18th December 1974.
14 Rectification of electrical defects pointed out by the Chief Electrical Inspector.	0·42	G.O. Ms. No. 2556, Health, dated 16th November 1974.
15 Provision of Boilers in Government General Hospital, Madras.	3·90	G.O. Ms. No. 2265, Health, dated 9th September 1974.
Government Stanley Hospital, Madras.		
16 Construction of 40 bedded block (construction of building on the lift side portion of ground floor and construction of first floor for the entire portion of 100 bedded ward).	4·50	G.O. Ms. No. 1654, Health, dated 19th July 1974.
17 Improvements of water supply	0·32	G.O. Ms. No. 2575, Health, dated 20th November 1974.

TAMIL NADU LEGISLATIVE ASSEMBLY
வாய்மையே வெல்லும்
TRUTH ALONE TRIUMPHS

Serial number and name of work.	Estimated amount.	G. O. No. and date.
(1)	(2)	(3)
	(Rs. IN LAKHS).	
Government Royapettah Hospital, Madras.		
18 Construction of Cancer Block.	10.02	G. O. Ms. No. 1502, Health, dated, 12th July 1974.
Kilpauk Medical College Hospital, Madras.		
19 Improvements of supply of water	0.34	G. O. Ms. No. 2575, Health, dated, 20th November 1974.
Kasthurba Gandhi Hospital for Women and Children, Madras.		
20 Provision of air-conditioning the Main Operation theatre in the ground floor completely.	1.92	G.O. Ms. No. 1538, Health, dated 5th July 1974.
Government Hospital for Women and Children, Madras.		
21 Construction of a building to accommodate Janus Cobalt Unit.	2.14	G. O. Ms. No. 65, Health, dated 9th January 1975.
22 Construccion of a Twin Operation Theatre over Tubectomy ward.	1.85	G. O. Ms. No. 2026, Health, dated, 9th September 1974.
23 Improvements of water supply	0.60	G. O. Ms. No. 2575, Health, dated 20th November 1974.
24 Additional Amenities	0.16	G. O. Ms. No. 1499, Health, dated 29th June 1974.
Institute of Child Health and Hospital for Children, Madras.		
25 Rectification of certain defects in H.V. and M.V. installation.	0.10	G. O. Ms. No. 174, Health, dated 28th January 1974.

TAMIL NADU LEGISLATIVE ASSEMBLY
TRUTH ALONE TRIUMPHS

Serial number and name of work. (1)	Estimated amount. (2) (Rs. IN LAKHS).	G. O. No. and date. (3)
Government Mental Hospital, Madras.		
26 Improvements of supply of water ..	0.32	G. O. Ms. No. 2575, Health, dated 2[illegible] th November 1974.
Government Erskine Hospital, Madurai.		
27 Construction of a Government Hospital at Balarangapuram at South Madurai.	14.20	G. O. Ms. No. 848, Health, dated 20th Nevember 1974.
Peripheral Hospitals.		
28 Construction of 100 bedded Government Peripheral Hospital in Tondiarpet, Madras.	32.34	G. O. Ms. No. 2122, Health, dated 21st September 1974.
29 Construction of 100 bedded Government Peripheral Hospital in Anna Nagar.	28.02	G. O. Ms. No. 2122, Health, dated 21st September 1974.
30 Construction of 100 bedded Government Hospital at Kalaignar Karunanithi Nagar.	30.00	G. O. Ms. No. 1772, Health, dated 30th July 1974.

Total number of schemes.	*Cost.* (RS. IN LAKHS.)
30	163·12

STATEMENT—IV.

PROPOSED BUILDING SCHEMES FOR 1975-76.

Serial number and name of the Scheme.	*Total cost.*
(1)	(2)
	(RS. IN LAKHS.)
1 Construction of building to accommodate the Steam Laundry at the Institute of Child Health and Hospital for Children, Madras-8.	4·00
2 Construction of two storeyed building to accommodate 150 beds in the Institute of Obstetrics and Gynaecology and Government Hospital for Women and Children, Madras-8.	3·00
3 Construction of Blood Bank over Accident-*cum*-Resuscitation Ward in Government Erskine Hospital, Madurai.	2·60
4 Provision of alternate high tension supply cables to Madras Medical College and Government General Hospital, Madras.	1·60
5 Construction of Buildings for Electron Microscope Laboratory in Madras Medical College, Madras.	1·60
6 Development of Horse Farm and Animal Farm in King Institute, Guindy.	1·32
7 Provision of ramp for the old block in Government Royapettah Hospital, Madras.	1·00
8 Construction of Central Animal House for Tirunelveli Medical College, Tirunelveli.	0·80
9 Provision Store Shed in Government Royapettah Hospital, Madras.	0·30
10 Extension of Steam Laundry and construction of corridor in the Government Royapettah Hospital, Madras.	0·36
11 Conversion of cess pool type of latrines into septic tank in T.B. Sanatorium, Thoppur.	0·14
12 Provision of Lumber Room in Government R.S.R.M. Lying-in Hospital, Madras.	0·17
13 Improvements to existing Mortuary Block at Chingleput Medical College, Chingleput.	0·12
14 Provision of lift in the Obstetrics and Gynaecology Block at Government Erskine Hospital, Madurai.	1·20
15 Construction of First Floor over the Medical Stores in the Government R.S.R.M. Lying-in Hospital, Madras.	0·67
16 Air-conditioning of Bio-Chemistry Room and sensitivity room in the new Annexe in Government Chest Institute, Madras.	0·21
Total	19·09

STATEMENT V.

NUMBER OF DISPENSARIES OF INDIAN MEDICINE IN THE STATE.

	Siddha.	Ayurveda.	Unani.	Total.
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Panchayat Union Rural Dispensaries.	285	63	9	357
Regular Dispensary	32	13	1	46
Run by Municipalities.	36	21	5	62
Government Dispensaries ..	5	5	..	10
Run by Temples	26	..	..	26
	384	102	15	501

தமிழ்நாடு சட்டமன்றப் பேரவை TAMIL NADU LEGISLATIVE ASSEMBLY
வாய்மையே வெல்லும் TRUTH ALONE TRIUMPHS

STATEMENT VI.

LIST OF DISPENSARIES SO FAR ORDERED TO BE PROVINCIALISED.

District.	*Name of the dispensary.*	*Date of taking over.*
(1)	(2)	(3)
(a) Ex-district Board Dispensaries—		
Chingleput	1 Padirvedu Madarpakkam	30th December 1974.
	2 Selavakkam	1st June 1973.
	3 Tirupporur	13th December 1974.
	4 Walajabad	Under process.
Coimbatore	5 Kallipatti	10th January 1975.
	6 Paduppampatti ..	28th March 1973.
	7 Pongalur	Under process.
	8 E. Chettipalayam ..	Do
Dharmapuri	9 Karimangalam	1st February 1973.
	10 Royakottah	1st January 1975.
Madurai	11 Andipatti	1st January 1975.
	12 Idayakottai	1st November 1972.
	13 Saptur	Do.
	14 Sholavandan	Do.
	15 Keeranur	Under process.
Nilgiris	16 Kundah Bridge ..	1st November 1972.
	17 Melur Hosetty ..	Under process.
North Arcot	18 K. V. Kuppam	1st November 1972.
	19 Marattipalayam ..	Do.
	20 Melvisharam	1st November 1972.
	21 Desur	29th August 1973.
	22 Chetput	Under process.
	23 Pudupalayam	1st November 1972.
	24 Panapakkam	23rd January 1975.
Ramanathapuram, ...	25 Anandur	31st December 1974.
	26 Elayirampannai ..	1st November 1972.
	27 Kamuthi (Maty.) ..	Do.
	28 Manamadurai	Do.
	29 V. Pudur	1st November 1972.
	30 Kamuthi	Under process.
	31 Pamban	Under process.

District. (1)	Name of the dispensary. (2)	Date of taking over. (3)
Salem	32 Mallur	1st November 1972
	33 Peddanaickenpalayam.	1st February 1975.
South Arcot.	34 Pennadam	1st November 1973.
	35 Avalurpet	Do.
	36 Kattumannarkoil	Do.
	37 Sankarapuram	Do.
	38 Bhuvanagiri	Under process.
	39 Chinnasalem	Do.
	40 Gavarapattu	Do.
	41 Srimushnam	Do.
Thanjavur	42 Kollidam	1st November 1972.
	43 Peralam	1st November 1972.
	44 Enangudi	1st January 1975.
	45 Perumagalur	Under process.
	46 Sithamalli	Do.
	47 Madukkur	Do.
Tiruchirappalli	48 Thathiengarpet	31st December 1974.
	49 Thogaimalai	31st December 1974.
	50 Udayarpalayam	1st November 1972.
	51 Kattuputhur	Under process.
Tirunelveli	52 Kulasekarapattinam	1st November 1972.
	53 Vickramasingapuram.	Do.
	54 Sivagiri	Do.
	55 Alwarthirunagari	Under process.
	56 Kalugumalai	Do.
	57 Panagudi	Do.
	58 Vilathikulam	Do.
	59 Veeravanallur	Do.
	60 Veerakeralampudur	Do.
Pudukottai	61 Iluppur	Under process.
	62 Gandarvakottai	Do.
	63 Keeramangalam	Do.

TAMIL NADU LEGISLATIVE ASSEMBLY வாய்மையே வெல்லும் TRUTH ALONE TRIUMPHS

District. (1)	*Name of the dispensary.* (2)	*Date of taking over.* (3)
	(b) Panchayat Union Dispensaries.	
Chingleput	64 Pulicat	Under process.
	65 Villivakkam ..	Do.
Coimbatore	66 Kumaralingam ..	31st March 1974.
Dharmapuri	67 Mathur	1st November 1972.
	68 Papparapatti ..	Do.
	69 Denkanikottah ..	Under process.
	70 Uthangarai	Do.
North Arcot	71 Kalavai	Under process.
Ramanathapuram	72 Thondi	Under process.
	73 Singampuneri ..	Do.
	74 Thiruppuvanam ..	Do.
	75 Ilayankudi	Do.
Salem	76 Kuttapatti	1st February 1973.
	77 Valapadi	1st November 1972.
	78 Thammampatti ..	Under process.
South Arcot	79 Kandachipuram ..	1st November 1972.
Thanjavur	80 Kodikarai	30th March 1973.
	81 Podakudi	1st November 1972.
	82 Voimedu	Do.
	83 Kulikarai	Under process.
Tiruchirappalli	84 Musiri (Maternity) ..	6th June 1974.
	85 Somarasampettai ..	1st November 1972.
Tirunelveli	86 Eruvadi	1st November 1972.
	87 Arumuganeri	Do.
	88 Valliyoor	Under process.
	89 Radhapuram ..	Do.
Pudukkottai	90 Subramaniapuram ..	Under process
	91 Kottampatti	Do.

தமிழ்நாடு சட்டமன்றப் பேரவை TAMIL NADU LEGISLATIVE ASSEMBLY வாய்மையே வெல்லும் TRUTH ALONE TRIUMPHS

District.	Name of the dispensary.	Date of taking over.
(1)	(2)	(3)
	(c) Rural Dispensaries.	
Chingleput	92 Sadras	Under process.
North Arcot	93 Pallikonda	9th January 1975.
	94 Pernamallur	Under process.
Nilgiris	95 Denal Sholurmattam	31st December 1974.
Madurai	96 Siddayankottai ..	Under process.
	(d) Municipal Dispensaries.	
North Arcot	97 Aroct	Under process.
Salem	98 Idapadi	Do.
Tiruchirappalli	99 Manapparai	Do.
Tirunelveli	100 Puliangudi	Do.
	District Board—cont.	
	Chatram Dispensary.	
Thanjavur	101 Minisal	1st November 1972.

TAMIL NADU LEGISLATIVE ASSEMBLY
தமிழ்நாடு சட்டப் பேரவை
வாய்மையே வெல்லும்
TRUTH ALONE TRIUMPHS

STATEMENT VII.

The various medical facilities available in the mofussil is classified and distributed as follows :—

1	District Headquarters Hospitals	14
2	Taluk Headquarters Hospitals	97
3	Non-taluk Headquarters Hospitals	109
4	Dispensaries	112
5	E.S.I. Hospitals	3
6	*E.S.I. Dispensaries*—	
	Static	95
	Mobile	9
7	Utilisation Dispensaries	3
8	Primary Health Centres	381
9	Leprosy Control Units	37
10	Mobile Medical Units	13

	Additional Bed strength increased.	*Total.*
1973–74	152	10,385
1974–75	359	10,744
1975–76	218 (Target).	10,962

TAMIL NADU LEGISLATIVE ASSEMBLY
TRUTH ALONE TRIUMPHS

[1975 மார்ச் 27

மக்கள் நல்வாழ்வு குறித்த கொள்கை விளக்கக் குறிப்பு.

மேலவைத் தலைவர் அவர்களே, மக்கள் நல்வாழ்வு குறித்த கொள்கை பற்றிய முக்கியக் கூறுகளை இந்த அவையின் முன் வைக்க விழைகிறேன்.

கொள்கை :

ஒரு நாடு உரிய வகையில் வளர்ச்சி பெறுவதற்கும் நலமுடன் திகழ்வதற்கும் மக்கள் சிறந்த உடல் நலம் உடையவர்களாய் இருக்க வேண்டியது இன்றியமையாதது ஆகும். எனவே, "நோயற்ற வாழ்வே குறைவற்ற செல்வம்" என்னும் பழமொழிக்கிணங்க, மக்கள் உடல் நலனைப் பேணி வளர்த்து மேம்படுத்துவதற்கு இவ்வரசு பெரும் முக்கியத்துவம் அளித்து வருகின்றது. இக்குறிக்கோளினை எய்தற் பொருட்டு அரசு பல ஆண்டுகளாகவே பல்வேறு நடவடிக்கைகளை எடுத்து வந்துள்ளது. இவற்றில் தாய்-சேய் நலன், மக்கள் ஊட்டச் சத்துத் தரத்தை மேம்படுத்தல், தொற்றுநோய்த் தடுப்பும் கட்டுப்பாடும், சுகாதாரம் பற்றிய அறிவை மக்களிடையே பரப்புதல், உணவுக் கலப்படத் தடுப்பு, சுற்றுப்புறத் தூய்மையை மேம்படுத்துதல் ஆகியவை அடங்கும்.

நகரமைப்புத் திட்டம், குடிநீர் வழங்கு-வடிகால் வாரியம் ஆகியவை குறித்த செலவுகளும் இந்த வரவு-செலவுத் திட்டக் கோரிக்கையில் அடங்கும்.

இனி, மக்கள் நல்வாழ்வுத் துறையினது நடவடிக்கைகளின் சிறப்பான கூறுகள் பற்றி இங்கு எடுத்துரைக்க விழைகின்றேன்.

தாய்-சேய் நலன்கள் உட்பட (சமுதாய) மக்கள் நல்வாழ்வை மேம்படுத்துதல்.

(a) **தொடக்க நல்வாழ்வு நிலையங்கள்.**—தொடக்க நல்வாழ்வு-நிலையம்—கிராம குடும்ப நலப் பிரிவு கிராமப் பகுதிகளில் முக்கியமான பயனுள்ள பணியாற்றி வருகின்ற அமைப்புகள் ஆகும். தற்போது நமது மாநிலத்தில் உள்ள 374 ஊராட்சி ஒன்றியங்களில் மொத்தம் 381 தொடக்க நல்வாழ்வு நிலையங்கள் உள்ளன என்பதை மாண்புமிகு உறுப்பினர்கள்

[1975 மார்ச் 27

அறிவர். (1) துரிஞ்சாபுரம், (2) கீழ்ப்பெண்ணாத்தூர், (3) மொடக்குறிச்சி, (4) கொடுமுடி, (5) வெள்ளக் கோயில், (6) தூக்கநாயக்கன் பாளையம், (7) ஆத்தூர் ஆகிய ஏழு ஊராட்சி ஒன்றியங்களில் ஒவ்வொன்றிலும் இரண்டிரண்டு தொடக்க நல்வாழ்வு நிலையங்கள் உள்ளன. தொடக்க நல்வாழ்வு நிலையங்கள், தாய்-சேய் நலம், குடும்ப நலத் திட்டம், நோய்த் தடுப்பு, சத்தூட்டக் கல்வி, மருத்துவ சிகிச்சை முதலிய துறைகளில் தொடர்ந்து கிராம மக்களின் தேவைகளை நிறைவு செய்து வருகின்றன.

மொத்தமுள்ள 381 தொடக்க நல்வாழ்வு நிலையங்களில் 188 தொடக்க நிலையங்களுக்கு சொந்தக் கட்டிடங்கள் உள்ளன. 1973–74 ஆம் ஆண்டில் 31 தொடக்க நல்வாழ்வு நிலையங்கட்கும், 1974–75 ஆம் ஆண்டில் 42 தொடக்க நல்வாழ்வு நிலையங்கட்கும் கட்டிடங்கள் கட்டுவதற்கு அனுமதி வழங்கப்பட்டது: அக் கட்டிடங்கள் கட்டும் பணி பல்வேறு நிலைகளில் நடைபெற்று வருகிறது. அண்மையில் நிதிப் பற்றுக்குறை காரணமாக இந்திய அரசு விதித்துள்ள தடையும், சிமிட்டி போன்ற கட்டிடம் கட்டுவதற்குரிய பொருள்கள் கிடைப்பதில் உள்ள இடையூறும் கட்டிடப் பணி முன்னேற்றத்தை ஓரளவு பாதித்துள்ளன. நிதிவசதி கிடைப்பதைக் கருத்திற்கொண்டு மற்ற தொடக்க நல்வாழ்வு நிலையங்களுக்கும் படிப்படியான திட்டத்தின் கீழ் கட்டிடங்கள் கட்டித் தரப்பட வேண்டும். ஐந்தாவது ஐந்தாண்டுத் திட்டத்தில் குறைந்த அளவுத் தேவைகள் திட்டத்தின் கீழ் கீழ்க்காணும் பணிகளுக்கு உரிய முக்கியத்துவம் அளிக்கப்பட்டுள்ளது :—

மருந்தகங்களுக்கும் பணியாளர் குடியிருப்புகளுக்கும் கட்டிடங்கள் கட்டுதல்.

(ii) தொடக்க நல்வாழ்வு நிலையங்களுக்கும் துணை நிலையங்களுக்கும் மருந்துகள் வாங்க கூடுதல் நிதி ஒதுக்குதல்.

தொடக்க நல்வாழ்வு நிலையங்களுக்குப் போதுமான அளவிற்கு மருந்துகள் வழங்கப்படுவதில்லை என்று பொதுவாகக் கருத்து நிலவுகிறது. 1971–72 ஆம் ஆண்டில், ஒவ்வொரு தொடக்க நல்வாழ்வு நிலையத்திற்கும், மருந்துச் செலவு குறித்து விதிக்கப்பட்டிருந்த நிதி வரம்பான ரூ. 4,500 என்பதை 1974–75 ஆம்

[1975 மார்ச் 27

ஆண்டில் ரூ. 12,000 ஆக உயர்த்தியதன் மூலம் மேற்சொன்ன குறைபாடு பெருமளவில் தீர்க்கப்பட்டுள்ளது. இதுபோன்றே 1972–73-ல் ஒவ்வொரு துணை நிலையத்துக்கும் அனுமதிக்கப்பட்ட செலவு வரம்பான ரூ. 600 என்பது 1974–75 ஆம் ஆண்டில் ரூ. 800 ஆக உயர்த்தப்பட்டுள்ளது.

முன்னரே குறிப்பிட்டவாறு இந்த தொடக்க நல்வாழ்வு நிலையங்கள் பயனுள்ள பணியாற்றி வந்துள்ளபோதிலும் கூட, அவை பெரும் பரப்பளவிலும், அதிக மக்கள் தொகையினருக்குப் பயன்படும் வகையில் பணிபுரிய வேண்டியுள்ளதால் அவை முழுமையான அளவில் செயல்பட இயலாமல் உள்ளன. தொடக்கத்தில் கொண்டிருந்த கருத்துப்படி தொடக்க நல்வாழ்வு நிலையம் ஒன்று சுமார் 40,000 முதல் 60,000 வரையிலான மக்களின் தேவைகளை நிறைவு செய்ய வேண்டும். ஆனால் நடைமுறையில் ஒவ்வொரு தொடக்க சுகாதார நிலையமும் 80,000-லிருந்து ஒரு இலட்சம் வரையுள்ள ஜனத் தொகையை கவனிக்க வேண்டியுள்ளது. முற்றிலும் இயலாத காரணத்தால் ஒரு தொடக்க நல்வாழ்வு நிலையம், தொலை தூரப் பகுதிகளில் பரவிக் கிடக்கின்ற பெருமளவு மக்களுக்குப் பணி புரிய இயலாதுள்ளது. இந்த நிலைமையின் கடுமையைத் தணிக்கும்பொருட்டு, அப்பகுதியில் வாழ்கின்ற பெருமளவு மக்கட் பிரிவினர்க்கு மருத்துவ-நல்வாழ்வு வசதிகள் கிடைப்பதற்காக (ஒவ்வொரு ஊராட்சி ஒன்றியத்திலும்) கூடுதலாக இன்னொரு தொடக்க நல்வாழ்வு நிலையத்தை நிறுவுவதற்கு அனுமதியளிக்குமாறு மாநில அரசு மத்திய அரசைக் கேட்டுக் கொண்டு எழுதியுள்ளது. ஆனால், மத்திய அரசு மாநில அரசின் இந்த வேண்டுகோளை ஏற்க இயலாதென்று தெரிவித்துள்ளது. மற்றவற்றோடு ஒப்பிட, பெருமளவு மக்கள் தொகையும், மிகப் பின்தங்கிய பகுதிகளும் கொண்டுள்ள ஊராட்சி ஒன்றியங்களிலாகிலும் கூடுதலாக இன்னொரு தொடக்க நல்வாழ்வு நிலையத்தை நிறுவ வேண்டியது அவசியமென நாம் கருதுகிறோம்.

ஒவ்வொரு தொடக்க நல்வாழ்வு நிலையத்திலும் தற்போது இரண்டு மருத்துவ அதிகாரிகள் உள்ளனர். மருத்துவ அதிகாரிகள் கிராமப் பகுதிகளை அடிக்கடி நேரில் சென்று பார்வையிடவும், கூடுதலாகின்ற பணிச் சுமையைச் சரிவாக் கவனிக்கவும் அவர்கட்கு வசதியளிக்கும் பொருட்டு, தொடக்க

[1975 மார்ச் 27

நல்வாழ்வு நிலையங்களில் மூன்றாவது மருத்துவ அதிகாரியை நியமிக்க அரசு கருதுகிறது. தொடக்கத்தில், மிக அதிக அளவு மக்கள் தொகையுள்ள ஊராட்சி ஒன்றியங்கள் 100-ல் இவர்கள் நியமிக்கப்படுவர்.

(b) **தாய்-சேய் நலப் பணிகள்.**—தாய்-சேய் நலப் பணிகளில் நல்ல உடல் நலன் பெற்ற தாய்க்கு உடல் நலன் பெற்ற குழந்தை பிறப்பதை உறுதிப்படுத்தவும், அதன்பின் தாய்-சேய் நலத்தைப் பேணிப் பாதுகாக்கவும் முக்கியத்துவம் அளிக்கப்படுகிறது. தற்போது இதற்காக தாய்மார்களுக்கு பேறுகாலத்திற்கு முந்திய கவனிப்பு அளிக்கப்படுகிறது. இந்தப் பதிவுப் பணி ஊராட்சி ஒன்றியப் பகுதிகளில் உள்ள தொடக்க நல்வாழ்வு நிலையங்கள், மகப்பேறு நிலையங்கள் ஆகியவற்றைச் சேர்ந்த மகப்பேறு உதவியாளர்கள்/துணைச் செவிலியர்-மருத்துவச்சியர்களால் செய்யப்படுகிறது.

பேறு காலத் தாய்மார் ஒவ்வொருவருக்கும், அவரிடத்தில் அல்லது கருப்பையில் சிசு வளர்ச்சி நிலையில் ஏதேனும் கோளாறு இருக்கிறதா என்று கண்டுபிடிப்பதற்காக மருத்துவச் சோதனை செய்யப்படுகிறது. பேறு காலத் தாய்மாரிடம் இரத்த சோகை, ரத்தத் திரிபு நோய், சத்துக் குறைவு உள்ளவர்கள் இருக்கின்றார்களா என்றறிவதற்குச் சிறப்பான முக்கியத்துவம் அளிக்கப்படுகிறது. இரத்த சோகை உள்ள தாய்மாருக்கு உரிய சிகிச்சை அளிக்கப்பட்டு, அதைக் கட்டுப்படுத்த எடுத்துக் கொள்ள வேண்டிய உணவு குறித்து அவருக்கு அறிவுரை அளிக்கப்படுகிறது. குழந்தைக்கு உணவளித்தல், நோய்த் தடுப்பின் பொருட்டு குறித்த காலங்களில் செய்ய வேண்டிய செயல்கள் குழந்தைப் பருவநோய்கள், குடும்பக் கட்டுப்பாட்டு முறைகள் ஆகியவை குறித்தும் அவர்களுக்கு அறிவுரை அளிக்கப்படுகிறது. துணைச் செவிலியர்–மருத்துவச்சியர் வீடுகட்குச் சென்று பிறந்த பச்சிளங்குழவிகளின் நலனைக் கவனிக்கின்றனர். சுகாதாரப் பார்வையாளர், துணைச் செவிலியர்–மருத்துவச்சியர் பணியை மேற்பார்வையிடுவதோடு, குழந்தை நலன், பள்ளி செல்லும் வயதடையாச் சிறுர்கள் நலன் மற்றும் பள்ளிச் சுகாதார திட்டம் குடும்ப நலத் திட்டம் ஆகிய திட்டங்களுக்குப் பொறுப்பு வகித்து அவற்றைச் செயற்படுத்துகிறார்.

[1975 மார்ச் 27

தமிழ்நாடு 1958 ஆம் ஆண்டு ஊராட்சிகள் சட்டத்தின்படி, மகப்பேறு நிலையங்களைத் திறந்து பேணி வருவது ஊராட்சி ஒன்றியக் குழுக்களின் பொறுப்பாகும். தற்போது மக்கள் தொகையில் பத்தாயிரம் பேருக்கு ஒரு நிலையம் வீதம் மகப்பேறு நிலையங்கள் ஏற்படுத்தப்பட்டுள்ளன. ஊராட்சி ஒன்றியக் குழு வைத்து வரும் நிலையங்களில், தொடக்க நல்வாழ்வு நிலையங்களைச் சேர்ந்த மூன்று துணை நிலையங்கள் அவற்றுக்கு ஆகும் தொடரினச் செலவில் மூன்றிலிரு பாகம் மானியமாக அரசிடமிருந்து பெறுகின்றன. ஊராட்சி ஒன்றியங்களினால் நடத்தப்பட்டு வரும் பிற பேறு கால—குழந்தை நல நிலையங்கள், குடும்ப நலத் திட்டத்தின் கீழ் 100 சதவீத மத்திய உதவி பெறுகின்றன.

நகராட்சிகளில் உள்ள மகப்பேறு இல்லங்களும் மகப்பேறு நிலையங்களும் தாங்கள் மேற்கொள்ளும் தொடரினச் செலவில் 25 சதவீதத்தை அரசிடமிருந்து மானியமாகப் பெறுகின்றன.

ஊராட்சி ஒன்றியக் குழுக்கள் நடத்தி வரும் மகப்பேறு நிலையங்களுடன், அரசு, மகப்பேறு—குழந்தை நல நிலையங்களை அமைத்துள்ளது. மிகவும் பின்தங்கிய பகுதிகளாக தொலை தூரத்தில் உள்ள 95 கிராமங்களில் 1—1—1974 ஆம் நாளன்றுள்ளவாறு மாநிலத்தில் மொத்தம் 3,858 மகப்பேறு நிலையங்கள் உள்ளன.

தொண்டைப்புண்-கக்குவான்-இசிவு நோய்த் தடுப்புத் திட்டம் குழந்தைகளின் நலனுக்காக தொடக்க உடல் நல நிலையங்கள் மூலமாக 1964 ஆம் ஆண்டில் தொடங்கி நீடிக்கப்பட்டு வருகிறது. இத்திட்டத்தின் கீழ் 5 வயதுக்குக் குறைவாக உள்ள குழந்தைகளுக்குத் தடுப்பு ஊசி போடப்படுகிறது. 1964-ல் இத்திட்டம் 164 தொடக்க உடல்நல நிலையங்களில் கொண்டு வரப்பட்டது. தற்பொழுது, இத்திட்டம் தொடக்க உடல்நல நிலையங்கள் அனைத்திலும் செயல்படுத்தப்பட்டு வருகிறது. பள்ளி செல்லும் வயதடையாத குழந்தைகளின் நலனுக்காக நடப்பாண்டில் 20 தொடக்க உடல்நல நிலையங்களில் மூவகை நோய்த் தடுப்பு சிறப்புத் திட்டம் அண்மையில் தொடங்கப்பட்டுள்ளது. இத்திட்டத்தைச் செவ்விய முறையில் செயல்படுத்துவதற்காக

20 தொடக்க உடல்நல நிலையங்கள் ஒவ்வொன்றிலும் சுகாதாரப் பார்வையாளர் ஒருவரும், மாவட்டத்திற்கு ஒருவர் வீதம் 13 பொதுச் சுகாதார செவிலியர்களும் கூடுதலாக நியமிக்கப் பட்டுள்ளனர். 1975–76-ல் இத்திட்டத்தை மேலும் 20 தொடக்க உடல்நல நிலையங்களுக்கு நீட்டிக்கக் கருதப்பட்டுள்ளது.

II. சத்துணவு திட்டத்தில் காணப்படும் முன்னேற்றம்

சத்துக் குறைவும், அதன் காரணமாக நாட்டு மக்களது வாழ்க்கையும் வளர்ச்சியும் பாதிக்கப்படுவது பற்றி பல விவாதங்களும் உரையாடல்களும் உலக நாடுகளில் நடைபெறுவதை மதிப்பிற்குரிய உறுப்பினர்கள் அறிவீர்கள். உலகத்திலுள்ள சத்துணவு வல்லுநர்களும், திட்ட அமைப்பாளர் களும் இப்பிரச்சினை குறித்து ஆய்வு செய்து அதனைத் தீர்ப்பதற்கான வகைகளைக் கண்டறிவதில் மும்முரமாக ஈடுபட்டுள்ள அதே நேரத்தில், நாமும், இக்குறையைப் போக்குவதில் தொடர்ந்து முயன்று வருகிறோம்.

கிராம வளர்ச்சி—உள்ளாட்சித் துறையின் ஒத்துழைப்புடன் செய்முறைச் சத்துணவுத் திட்டத்தைச் செயற்படுத்துவதற்கான அடிப்படைப் புள்ளிவிவரங்களைக் கொடுப்பதற்காக, 1974–75 ஆம் ஆண்டில் கீழே குறிப்பிட்டுள்ள வளர்ச்சி வட்டாரங்களில் சத்துணவு—உணவு முறை ஆய்வுகள் மேற்கொள்ளப்பட்டன :—

மாவட்டம்	வளர்ச்சி வட்டாரம்	கிராமங்கள்
தருமபுரி	பாலக்கோடு (Palacode)	தத்தம்பட்டி
திருச்சி	திருவெறும்பூர்	நாவல்பட்டு
கன்னியாகுமரி	தக்கலை	கூத்தநல்லூர்

செங்கற்பட்டு மாவட்டம், வில்லிவாக்கம் வளர்ச்சி வட்டாரத்தில் உள்ள போரூர் கிராமத்தில் ஆண்டிற்கு இருமுறை ஆய்வுகள் நடத்தப்பட்டன. இதுவரை, இம்மாநிலத்தில் கன்னியாகுமரி, மதுரை, திருச்சிராப்பள்ளி, தருமபுரி மாவட்டங்கள் ஒவ்வொன்றிலும் இரண்டு வளர்ச்சி

வட்டாரங்களிலும் பிற மாவட்டங்கள் ஒவ்வொன்றிலும் ஒரு வளர்ச்சி வட்டாரத்திலும் ஆய்வு மேற்கொள்ளப் பட்டுள்ளதென்பது குறிப்பிடத்தக்கதாகும்.

இவ்வாண்டில் பல்வேறு மாவட்டங்களிலிருந்தும் 24 சுகாதார ஆய்வாளர்களும், 25 சுகாதாரப் பார்வையாளர்களும் மத்தியச் சத்துணவுக் கழகத்தில் நடத்தப்படும் அறிவியல் சத்துணவுத் துறையில் பணியிருப்புப் பயிற்சி பெற்றனர். விரிவுரைகள் வழங்கப்படுவதுடன், இப்பயிற்சியில் கட்புல விளக்கங்கள், இடங்களுக்கு நேரில் சென்று பார்த்தல், திரைப்படக் காட்சிகள் ஆகியவையும் அடங்கும். அடையாறு, சுகாதாரத் தொண்டு நிறுவனத்தில் உணவு முறைப் பயிற்சி பெற்று வரும் மாணவர்களுக்குச் சத்துணவுச் சிறப்பு வகுப்புகள் நடத்தப் பட்டன.

1975–76 ஆம் ஆண்டிலும் இதுபோன்ற பயிற்சி வகுப்புகள் நடத்தப்படும்.

கூடுதல் உணவளிப்புத் திட்டம்.—இத்திட்டம் 'யூனிசெஃப்' நிறுவன உதவியுடன் 1950-ல் தொடங்கப்பட்டது. பள்ளிச் செல்லும் பருவம் எடாத சிறார்கள், கருவுற்றிருக்கும் மகளிர், பாலூட்டும் தாய்மார்கள் ஆகியோரிடம் காணப்படும் ஊட்டச் சத்துக் குறைபாட்டைப் போக்குவதே இத்திட்டத்தின் நோக்கமாகும். 1970 ஆம் ஆண்டிலிருந்து இத்திட்டம் 'கேர்' நிறுவன உதவியுடன் செயற்படுத்தப்படுகிறது. இந்நிறுவனம் உணவுப் பொருட்களை நன்கொடையாக வழங்குகிறது. தொடக்கச் சுகாதார நிலையங்கள், நகராட்சிகள், ஊராட்சி ஒன்றியங்கள் ஆகியவற்றில் தற்போது 2,440 உணவளிப்பு நிலையங்கள் உள்ளன. நாள்தோறும் சுமார் 98,000 பேர் பயனடைந்து வருகின்றனர். நடப்பாண்டில் சுமார் ரூ. 78 லட்சம் மதிப்புள்ள 5,65,500 பவுண்டு உணவுப் பொருட்கள் பெறப்பட்டு வழங்கப்பட்டு வருகின்றன.

1975–76 ஆம் ஆண்டிலும் அதனை அடுத்து வரும் ஆண்டுகளிலும் 'கேர்' நிறுவன உதவியை நாம் தொடர்ந்து பெறுவதற்கான அறிகுறிகள் உள்ளன.

[1975 மார்ச் 27

(III) தொற்று நோய்த் தடுப்பும் கட்டுப்பாடும்

(அ) காலரா.—இந்நாட்டில் காலரா தோன்றிப் பரவுகிற மாநிலங்களில் நமது மாநிலம் ஒன்று எனக் கருதப்படுகிறது. நமது மாநிலத்தில் கீழ்க்காணும் 4 மாவட்டங்கள் காலரா தோன்றிப் பரவுகின்ற மாவட்டங்களாகும்.—

(1) திருச்சிராப்பள்ளி.

(2) கோயம்புத்தூர்

(3) வட ஆர்க்காடு.

(4) தென்னார்க்காடு.

காலரா கட்டுப்பாட்டுத்திட்டத்தின்கீழ், கொள்ளை நோய்க் கட்டுப்பாட்டு இயல் ஊர்திப் பிரிவுகள் 7, கொள்ளை நோய்க் கட்டுப்பாட்டுப்பிரிவுகள் 3, தஞ்சாவூர், வட ஆர்க்காடு, திருச்சிராப்பள்ளி ஆகிய மாவட்டங்களில் காலரா ஒழிப்புக்குழு ஒன்று ஆகியன இயங்கி வருதல் அதன் சிறப்பியல்பு ஆகும். 1975-76 ஆம் ஆண்டில் தென்னார்க்காடு மாவட்டத்திற்கு கூடுதலாக காலரா ஒழிப்புக் குழு வொன்று அமைக்கப்படவிருக்கிறது. இவைதவிர, பாதிக்கப்பட்ட பகுதிகளில் சென்று பணிபுரியப் பயன்படுத்திக் கொள்வதற்காக நம்மிடம் 64 இன்ஸ்பெக்டர்கள் உள்ளனர். கொள்ளை நோய் தோன்றிப்பரவும் இந்த நான்கு மாவட்டங்களிலும் காலரா ஒழிப்புப்பணி சிறப்புப் பணியாளர்கள் நியமிக்கப்பட்டுள்ளனர். கொள்ளை நோய் குறித்த தகவலைச் சேகரிப்பதற்காகவும் குடிநீரில் குளோரினைக் கலப்பதற்காகவும், உயிரியல் ஆய்வின் பொருட்டு மாதிரிகள் எடுப்பதற்காகவும் இப் இணைந்த கொள்ளை நோயியல் பிரிவு ஒன்றும் உள்ளது அதனி பணியாளர்கள் நியமிக்கப்பட்டுள்ளனர். தலைமையிடத்துடன் டம், இயல் ஆய்வுக்கூட ஊர்தியொன்றும் உள்ளது. கொள்ளை நோய் திடீரெனத் தோன்றிப் பரவும் காலங்களில் ஆய்வு—கட்டுப்பாட்டுப்பணியைச் செய்வதற்காக இந்த ஊர்தி பயன் படுத்தப்படுகிறது. பாதிக்கப்பட்ட பகுதிகளில் கொள்ளை நோய் குறித்த சிகிச்சைகள் அளிக்கவும், கட்டுப்பாட்டு நடவடிக்கைகளை விரிவுபடுத்தவுமென காலரா ஒழிப்புக் குழுக்கள் நியமிக்கப் பட்டுள்ளன.

1975 மார்ச் 27]

இக்குழுவால் காலரா தடுப்பு ஊசி போடப்பட்டவர்கள் எண்ணிக்கை விவரம் வருமாறு:—

1972—14,69,731

1973—14,30,616

1974—17,25,434

1975— 65,221

(8-2-75 வரை)

(b) பெரியம்மை ஒழிப்புத்திட்டம்:

பெரியம்மை ஒழிப்புத்திட்டம் 1963-64 ஆம் ஆண்டில் நமது மாநிலத்தில் தொடங்கப்பட்டது. பெரியம்மை பரவுவதைத் தடுப்பதே இத்திட்டத்தின் குறிக்கோளாகும். (a) குழந்தைகளுக்கு முறையான தொடக்க அம்மைப்பால் வைத்தும், மக்களுக்கு மறு அம்மைப்பால் வைத்தும், (இ) மக்கட் சமுதாயத்தில் பெரியம்மை கண்டுள்ளவர்களைத் தீவிரமாகவும், உரிய தருணத்திலும் கண்டுபிடித்துத் தனிமைப்படுத்தி நோய்பரவாமல் தடுப்பதற்குரிய பிற நடவடிக்கைகளை மேற்கொள்வதன் மூலமும் பெரியம்மை பரவுவது தடுக்கப்படும். நிலைத்த, திறமையான பணியின் விளைவாக நமது மாநிலம் பெரியம்மை நோயினின்றும் விடுபட்ட மாநிலம் என்றறிவிக்கப்பட்டுள்ளது. எடுத்துக்காட்டாக, 1963 ஆம் ஆண்டில் 9,241 பேருக்குப் பெரியம்மை நோய் கண்டது, 2,559 பேர் அதனால் மாண்டனர், அதற்கெதிராக, 1974-75 ஆம் ஆண்டில் இங்கும் அங்குமாக 15 பேருக்குமட்டுமே பெரியம்மை நோய் கண்டது, 4 பேர் இந்நோயால் மாண்டனர் என்னும் புள்ளி விவரத்தைக் கொண்டுபார்த்தால் மேற்சொன்ன உண்மை புலப்படும். இந்த 15 பேருக்குப் பெரியம்மை நோய் கண்டது கூட, அந்நோய் பீகார் மாநிலத்திலிருந்து தொற்றி வந்ததே காரணமாகும். உலக சுகாதார நிறுவனத்தின் உதவியுடனும் ஒத்துழைப்புடனும் 1973-74 ஆம் ஆண்டில், பெரியம்மை இங்கு பரவியுள்ளதா எனக் கண்டறியும் பொருட்டு, பெரியம்மை கண்டவர்கள் பற்றி முனைப்பான, சோதனை எல்லா மாவட்டங்களிலும் மேற்கொள்ளப்பட்டது. இந்தச் சோதனைகளின் விளைவாக இம்மாநிலம் பெரியம்மை நோயற்ற மாநிலம் என்று தெரிய வந்தது.

[1975 மார்ச் 27]

1975-76 ஆம் ஆண்டிலும்கூட, எல்லா மாவட்டங்களிலும் ஒவ்வொரு 2 மாதங்கட்கும் ஒருமுறை மும்முரச் சோதனைகள் நடத்தப்பெறும். உலக சுகாதார நிறுவனத்தின் உதவியுடன் பெரியம்மை ஆய்வுகுறித்த சிறப்புக்குழுவொன்றும் செயல்பட்டு வருகிறது. பெரியம்மை கண்டுள்ளது என ஐயுறும் தகவல்கள் கிடைக்கும் போதெல்லாம் இக்குழு மாவட்டங்களுக்கு விரைகின்றது. 1974-75 ஆம் ஆண்டில் (1974 நவம்பர் வரையில்) 11,36,265 குழந்தைகட்கு தொடக்க அம்மைப்பால் வைக்கப்பட்டது, 50,27,708 பேருக்கு மறு அம்மைப்பால் வைக்கப்பட்டது. இந்திய அரசு விடுத்த வேண்டுகோளின் பேரில், பீகாரிலும், உ.பி.-யிலும் பெரியம்மை ஒழிப்பு குறித்த நடவடிக்கைகளுக்காக பொது சுகாதாரம் குடும்பநலத்துறை உதவி இயக்குநர்கள் இருவர், சுகாதார அதிகாரி ஒருவர் ஆகியோர், கொள்ளை நோயியல் குறித்த சிறப்பு வல்லுநர்களாகச் சென்று பணிபுரிய முகமையில் அனுப்பப்பட்டனர்.

(c) பிளேக்:

கடந்த காலத்தில் இது ஒரு பெரிய பிரச்சினையாக இருந்தது. மும்முர நடவடிக்கைகள் எடுக்கப்பட்டதன் பயனாக, இம்மாநிலத்தில் 1964 ஆம் ஆண்டிற்குப் பிறகு பிளேக் நோய் அறவே ஒழிக்கப்பட்டது என்றே கூறலாம். எனினும், வட ஆற்காடு, கோயம்புத்தூர், தருமபுரி, நீலகிரி மாவட்டங்களில் நோய் பரவும் பகுதிகளில் வழக்கமான பிளேக் நோய்த் தடுப்பு நடவடிக்கைகள் மேற்கொள்ளப்பட்டு வருகின்றன.

(d) மலேரியா:

மாநிலத் தலைநகரான சென்னையில், மலேரியா நோய்கள், கொசுக்களால் பரவும் நோய்கள் கட்டுப்பாட்டுக் கழகம் ஒன்று செயல்பட்டு வருகிறது. மலேரியாவையும், கொசுக்களினால் பரவும் நோய்களையும் கட்டுப்படுத்தும் பணியை இக்கழகம் கவனித்து வருகிறது. அங்கு பயிற்சி, ஆய்வு, கொள்ளை நோயியல் ஆய்வு வசதிகள் உள்ளன. தஞ்சாவூரிலும் கோயம்புத்தூரிலும் வட்டார நோய்க்கிருமி கட்டுப்பாட்டு அமைப்புகள் இரண்டு உள்ளன. இந்த அமைப்புகளில் பயிற்சி, ஆய்வு, சோதனை வசதிகள் உள்ளன.

[1975 மார்ச் 27

இம்மாநிலம் 1958-59 ஆம் ஆண்டிலிருந்து மலேரியா ஒழிப்பு தேசியத் திட்டத்தை நிறைவேற்றி வருகிறது. இதற்காக இம் மாநிலம் 31.45 பகுதிகளாகப் பிரிக்கப்பட்டது. இத்திட்டம் நோய் பீடிக்கப்பட்ட நிலை, பராமரிப்பு நிலை, ஒருங்கிணைப்பு நிலை என்ற மூன்று நிலைகளில் செயல் படுத்தப்பட்டது. மலேரியா நோய் பீடிக்கப்பட்டவர்களைக் கண்டுபிடித்து அவர்களுக்கு முழு அளவில் சிகிச்சையளிக்கப்பட்டது. பராமரிப்பு நிலையில் 28.40 பிரிவுகளில் மலேரியா அறவே ஒழிக்கப்பட்டது. வெளியூர்களிலிருந்து இங்கு பரவிய அல்லது உள்ளூரிலேயே நிலவிய மலேரியா நோயைக் கண்டு பிடிக்க நுண்ணாய்வு நடவடிக்கைகள் மேற்கொள்ளப் பட்டன. மலேரியா நோய்க்கிருமியை ஒழிப்பதற்கு நடவடிக்கை கள் எடுக்கப்பட்டுள்ளன. இத்திட்டம் தற்போது கடுமையான நிலையை கடந்து வருகிறது. தொழில் நுட்ப, நடைமுறைக் காரணங்களினால் மலேரியா நோய் கண்டுள்ளவர்களின் எண்ணிக்கை கணிசமான அளவுக்கு உயர்ந்துள்ளது. 1974 ஆம் ஆண்டில் இதுவரை சேலம், தருமபுரி, வட ஆற்காடு, இராமநாத புரம் மாவட்டங்களிலும், சேலம், ராசிபுரம், ஈரோடு, வேலூர், சென்னைமாநகரம் ஆகிய நகரங்களிலும் சுமார் 19,953 பேர் மலேரியா நோயினால் பாதிக்கப்பட்டிருந்தது கண்டுபிடிக்கப்பட் டது. இவற்றில் பராமரிப்பு நிலையில் 17,948 பேர் நோய் கண்டிருப்பதாக பதிவு ஆகியிருந்தது. இவற்றில் பெரும்பகுதி இராமநாதபுரம், வட ஆர்க்காடு, தருமபுரி மாவட்டங்களில் நோய் பரவும் பிரச்சினை மிகுந்த பகுதிகளில் இருந்துதான் அதிக அளவில் நோய் கண்டிருந்தது. போதிய போக்குவரத்து வசதி யின்மை, நிலப்பகுதியின் தனித்தன்மை, வீடுகள் மிகவும் பரவ லாக அமைந்திருந்தல், மக்களின் நடமாட்டம் ஆகிய காரணங் களினால் இப்பகுதிகளில் நோய்த்தடுப்பு நடவடிக்கைகள் எடுப்பது மிகவும் சிக்கலாக உள்ளது. நோயைக் கட்டுப்படுத்த பணியாளர்களை நியமிப்பதன் மூலமும், மருந்துகள் தெளிப்பதன் மூலமும் தகுந்த நடவடிக்கைகள் எடுக்கப்பட்டன. இப்பிரச்சினை கள் குறித்து இந்திய அரசுக்குத் தெரிவிக்கப்பட்டுள்ளது. நமது அதிகாரிகளுடன் கலந்தாலோசித்து தொழில் நுட்பப் பிரச்சினை கள் குறித்து ஆய்வுசெய்ய இந்திய அரசு தனது வல்லுநர்களை அனுப்ப உறுதியளித்துள்ளது.

ஒருங்கிணைப்பு நிலையின் கீழ் ஏற்றுக் கொண்ட செலவினம் போக மலேரியா ஒழிப்புத் திட்டப் பகுதிகளில் ஆகும் மொத்தச்

1975 மார்ச் 27]

செலவையும் இந்திய அரசு ஏற்றுக் கொள்கிறது. தலைமையிடத்திலும், மண்டல நிலையிலும் பணியாற்றும் மேற்பார்வை பணியாளர்களைப் பொறுத்தவரை, மொத்த செலவில் 25 சதவிதத்தை இந்திய அரசு ஏற்றுக்கொள்கிறது. எஞ்சிய 75 சதவிதத்தை மாநில அரசு ஏற்றுக்கொள்கிறது.

பராமரிப்பு நிலையின் கீழுள்ள பணிகளில் அடிப்படை உடல் நலப் பணிகள் 1-4-1969-லிருந்து ஏற்படுத்தப்பட்டுள்ளன. இதில் 353 ஊராட்சி ஒன்றியங்கள் வருகின்றன. அடிப்படை உடல்நலப் பணிகளில் உள்ள பணியாளர் அமைப்பு கீழே கொடுக்கப் பட்டுள்ளது:—

10,000 மக்கட் தொகைக்கு ஓர் அடிப்படை உடல்நலப் பணியாளர்.

ஒவ்வொரு 4 அடிப்படை உடல்நலப் பணியாளர்களுக்கும் ஓர் அடிப்படை உடல்நல ஆய்வாளர்.

ஒவ்வாரு ஆரம்ப சுகாதார நல்வாழ்வு நிலையத்திற்கும் ஓர் ஆய்வுக்கூட உதவியாளர்.

அடிப்படை உடல்நலப் பணியாளர்கள் பலநோக்குப் பணியாளர்களாவர். பராமரிப்பு நிலைப் பகுதியில் நிறைவேற்றப்பட்டு வரும் மலேரியா ஒழிப்பு, பெரியம்மை ஒழிப்புத் திட்டங்களுக்குரிய நுண்ணாய்வுப் பணிகளுக்கு உதவி புரிகின்றனர்.

அடிப்படை உடல்நலப் பணி நான்காவது ஐந்தாண்டுத் திட்டத்தில் மத்திய அரசால் தொடங்கப்பட்ட திட்டமாகும். ஆனால் ஐந்தாவது திட்டத்தில் இச்செலவை மாநில அரசு ஏற்க வேண்டும்.

3,199 அடிப்படை உடல் நல ஊழியர்களும், 738 அடிப்படை உடல்நல ஆய்வாளர்களும், மலேரியா நோய் ஆய்வாளர்களும், **353** ஆய்வுக்கூட உதவியாளர்களும் அடிப்படை உடல்நலப் பணியின் கீழ் பணியாற்றுகின்றனர்.

நகர்ப்புற மலேரியாத் திட்டம்:

1972-73-ல் ஒப்புதல் வழங்கப்பெற்ற இந்திய அரசு நகர்ப்புற மலேரியாத் திட்டத்தை சேலம் ராசிபுரம், தூத்துக்குடி, சென்னை ஆகிய நான்கு உள்ளாட்சி மன்றங்கள் நிறைவேற்றி வருகின்றன.

இளம்பிள்ளை பேரூராட்சிக்கான இத்திட்டம் துறைத் திட்டமாக நிறைவேற்ற எடுத்துக் கொள்ளப்பட்டுள்ளது. இத்திட்டங்கள் ஐந்தாவது திட்டக் காலத்திலும் தொடர்ந்து நிறைவேற்றப்படும்.

சென்னை மாநகர் நீங்கலாக, ஏற்றுக்கொண்ட செலவு போக நடைமுறைச் செலவுகளைப் பொறுத்தவரை இத்திட்டத்தைச் செயல்படுத்துகின்ற உள்ளாட்சி மன்றங்கள் ஏற்கும் செலவு முழுவதையும் இந்திய அரசு ஈடு செய்யும்.

சென்னை மாநகரம் பலதிறப்பட்ட மக்கள் வாழும் நகரமாயிருப்பதால், இந்திய அரசு பொருள் உதவியை மட்டும் அளிக்கிறது. இத்திட்டங்களுக்குத் தேவைப்படும் கருவிகளும், சாதனங்களும் இந்திய அரசால் இலவசமாக வழங்கப்படும்.

(f) யானைக்கால் நோய்:

நமது மாநிலத்தில் யானைக்கால் நோய் கண்டுள்ள பகுதிகளில் 1.3 கோடி மக்கள் வசித்து வருகிறார்கள்.

செங்கற்பட்டு, தென்னார்க்காடு, தஞ்சாவூர், வடார்க்காடு மாவட்டங்களில் யானைக்கால் நோய் ஒழிப்பு தேசியப் பிரிவுகள் நான்குடன் 1957-58-ல் தொடங்கப்பட்ட யானைக்கால் நோய் ஒழிப்பு தேசியத் திட்டம் தொடர்ந்து நிறைவேற்றப்பட்டு வருகிறது. ஒவ்வொரு பிரிவிலும் யானைக்கால் நோய் ஒழிப்பு அதிகாரி ஒருவர், கிருமியியல் உதவியாளர் ஒருவர், உடல்நல ஆய்வாளர்கள் அறுவர், களப்பணி உதவியாளர்கள் அறுவர், ஆய்வுக்கூட உதவியாளர்கள் நால்வர், 60 மஸ்தூர்கள் ஆகியோர் உள்ளனர். இப்பிரிவு, கூட்டுப் புழு ஒழிப்பு நடவடிக்கைகளை மேற்கொள்கிறது. இப்பிரிவுகளுக்கு கூட்டுப்புழு எண்ணெய் மத்திய அரசு உதவியாக வழங்கப்படுகிறது. அவற்றிற்கான நடைமுறைச் செலவு மாநில அரசு நிதிகளிலிருந்து செய்யப்படுகிறது

மேலும் பல பகுதிகளை இத்திட்டத்தின்கீழ்க் கொண்டு வருவதற்காக இத்திட்டத்தைச் சீரமைக்கும் பொருட்டு, தற்போதுள்ள நான்கு பிரிவுகளை விரிவுபடுத்துவதுடன் நான்காவது திட்டக் காலத்தில் புதியதாக எட்டுப் பிரிவுகள் தொடங்கப்பட்டன. இத்திட்டத்தின்கீழ் 4.5 மில்லியன் மக்கள் பயனடைகிறார்கள்.

1975 மார்ச் 27]

நான்காவது ஐந்தாண்டுத் திட்டக் காலத்தில், திருத்தி அமைக்கப் பட்ட பிரிவுகளுக்கான நடைமுறைச் செலவுக்கும், கருவிகள், சாதனங்களுக்கும் முழு மத்திய நிதி உதவி அளிக்கப்பட்டது. ஆனால், ஐந்தாவது திட்டக் காலத்தில் கருவிகளுக்கும் சாதனங்களுக்கும் மட்டுமே மத்திய நிதி உதவி கிடைக்கும். நடைமுறைச் செலவை மாநில அரசு நிதிகளிலிருந்து செலவிட வேண்டும்.

மேற்சொன்ன 12 கட்டுப்பாட்டுப் பிரிவுகளுடன், ஆய்வுப் பிரிவு ஒன்று, கட்டுப்பாட்டுப் பிரிவுகள் நான்கு, யானைக்கால் நோய் ஒழிப்பு மருந்தகங்கள் 81 ஆகியவற்றை ஐந்தாவது திட்டக் காலத்தில் படிப்படியாக ஏற்படுத்த இந்திய அரசு கருதுகிறது இது குறித்து இறுதி அனுமதி இந்திய அரசிடமிருந்து எதிர் பார்க்கப்படுகிறது.

கட்டுப்பாட்டு பிரிவுகளுக்கும் நகராட்சிகள் போன்ற அமைப்பு களுக்குமிடையே ஏற்படும் தடைகளை நீக்கி, பணி செவ்வையாக நடைபெற இயலும் பொருட்டு கடலூர், சிதம்பரம், விழுப்புரம் கும்பகோணம், நாகபட்டிணம், தஞ்சாவூர், மன்னார்குடி, திருவாரூர், புதுக்கோட்டை ஆகிய இடங்களில் ஒருங்கிணைப்புக் குழுக்கள் அமைக்கப்பட்டுள்ளன. இக் குழுக்கள் காலாண்டுக்கு ஒரு முறை கூடி நடவடிக்கைகளை ஒருங்கிணைக்கும்.

(g) **உதவி மானியத் திட்டங்கள்**

யானைக்கால் நோய்த் தடுப்புத் தேசியத் திட்டம் மக்கள் நல் வாழ்வுத் துறையினால் செயற்படுத்தப்பட்டு வருகிறது. யானைக் கால் ஒழிப்பு, மலேரியா ஒழிப்புத் திட்டங்களுக்கு உள்ளாட்சி மன்றங்களும் பொறுப்பு ஏற்றுள்ளன. இத்திட்டங்களுக்காகும் செலவில் ஒரு பகுதியை மாநில அரசு கொடுக்கிறது. இதுவரையில் 171 உள்ளாட்சி மன்றங்கள் இத்திட்டத்தைச் செயற் படுத்தி வருகின்றன. 1975-76-ல் இன்னும் பல உள்ளாட்சி மன்றங்கள் இத்திட்டத்தைச் செயற்படுத்தும் பணியை மேற்கொள்ள எதிர்பார்க்கப்படுகிறது. தஞ்சாவூரிலும் கோயம்புத் தூரிலும் அமைந்துள்ள இரு வட்டார அமைப்புகள் இத்திட்டங்கள் செயற்படுத்தப்படுவது குறித்துப் பார்வையிட்டு இதில் அடைந்துள்ள முன்னேற்றம் குறித்து மதிப்பிட்டு வருகின்றன.

[1975 மார்ச் 27

(h) சரும நோய் (Yaws)

இந்நோய் "ட்ரபோனிமா பெர்ட்டினுயு" (Treponema Pertenue) என்னும் ஒருவகை நுண் கிருமியினால் ஏற்படுகிற மேக நோயல்லாத ஒருவகைக் கடுமையான தொற்று நோயாகும். இக்கிருமிகள் மேகநோய் உண்டாக்கும் கிருமிகளை போன்றவை யாகும். மேகநோயைப் போல் அல்லாமல், இச்சருமநோய், உடலுறவு அல்லாத பிறவகை தொடர்பால் பரவுகிறது. இந்நோய் ஒருவரிடமிருந்து மற்றொருவருக்கு நேரடியாகவும் ஈக்களின் மூலமும் பரவுகிறது. ஒருவருக்குக் காயத்தினால் ஏற்பட்டுள்ள இரணம், அல்லது பரு, சிழ்க்கட்டி, கொப்புளம் போன்று சருமத்தில் ஏற்படும் சிறு குறைபாடுகள் இக்கிருமிகள் வளர்வதற்கு இடமளிக்கின்றன.. இவற்றின் மூலம் இதுவரையில் சரும நோய் கண்டிராதவருக்கு புண் ஏற்பட்டிருக்கிறது. சுற்றுப்புறத் துப்புரவின்மை, உடல் ஆரோக்கிய மின்மை ஆகியவையும் இச் சரும நோய் பரவுவதற்குக் காரணமாக உள்ளன. இச் சரும நோய், சமூகப் பொருளாதார வகையில் பிற்பட்ட மக்களிடையே பெரிதும் பரவலாகக் காணப்பட்டது. 1956 ஆம் ஆண்டில் கோயம்புத்தூர் மாவட்டம் அவனாசி வட்டத்தில் அரிசன மக்கள் வாழும் இடங்களில் இச் சருமநோய் பரவியிருந்தது பற்றிய ஆய்வு ஒன்று நடத்தப்பட்டது. இதனால், அவனாசி வட்டத்தில் 1959-ல் நோய்க் கட்டுப்பாட்டுத் திட்டம் தொடங்கப்பட்டது. இச் சருமநோய் ஒழிப்பு பிரிவு ஊத்துக்குழியில் ஒன்றும் பெருந்துறையில் ஒன்றுமாக இரு பிரிவுகளில், 1960 ஆம் ஆண்டு இடைப் பகுதியிலிருந்து 1961 மே வரையில் இச் சருமநோய் ஒழிப்புத் திட்டம் செயற்படுத்தப்பட்டது. மூன்றாவது ஐந்தாண்டுத் திட்டத்தில் இந்நோயை ஒழிப்பதற்கு ரூ. 8 லட்சம் செலவிலான ஒரு திட்டத்திற்கு ஒப்பளிப்பு வழங்கப்பட்டது. கோயம்புத்தூர், பெருந்துறை, பொள்ளாச்சி, கோபிசெட்டிப்பாளையம், சத்திய மங்கலம், பவானி, உடுமலைப்பேட்டை, தாராபுரம் ஆகிய இடங்களைத் தலைமையிடமாகக் கொண்ட எட்டு பிரிவுகளில் 1-6-61 லிருந்து சரும நோய் ஒழிப்புத் திட்டம் செயற்படுத்தப்பட்டது. மேற்சொன்ன பிரிவுகள் கண்டுபிடித்த சருமநோயாளிகள் ஆங்காங்கே உடனுக்குடன் சிகிச்சை பெற்றனர். 1967 ஆம் ஆண்டின் இடையில் கோயம்புத்தூர் மாவட்டத்தில் பணி முடிக்கப்பட்டது. எனவே, இப்பிரிவுகளின் எண்ணிக்கை மூன்றாகக் குறைக்கப்பட்டு அனித்தேயுள்ள மதுரை, திருச்சிராப்பள்ளி மாவட்டங்களுக்கு மாற்றப்பட்டது.

1975 மார்ச் 27]

பெரியகுளம், பழனி, கரூர் ஆகிய இடங்களில் 1966 ஆம் ஆண்டி லிருந்து செயல் பட்டுவரும் மூன்று பிரிவுகள், திண்டுக்கல்லில் உள்ள தனிச் சுகாதார அதிகாரியின் கட்டளைப்படி மூன்று சுகாதார ஆய்வாளர்களால் நடத்தப் பட்டுவந்தன. தருமபுரியில் 1971 ஆம் ஆண்டில் புதிய பிரிவு ஒன்று தொடங்கப்பட்டது. சேலம், தென் ஆர்க்காடு மாவட்டங்களில் செய்த ஆய்வின் மூலம் இச் சருமநோய் அங்கு பாவியிருப்பது தெரிய வந்தது. இந் நோயைக் கட்டுப்படுத்த மேலும் இரு பிரிவுகள் ஏற்படுத்தப் பட்டன. இப்பிரிவுகள் கடலூரிலும், கொல்லி மலையிலும் 1974 சூன் முதற்கொண்டு செயல்பட்டு வருகின்றன. 1974, டிசம்பர் வரையில் 764 கிராமங்களில் ஆய்வு செய்யப்பட்டது, 220 பேர் களுக்கு நோய் காணப்பட்டதாகப் பதிவு செய்யப்பட்டது. 90 பேருக்குச் சிகிச்சை அளிக்கப்பட்டது.

(i) நரம்புச் சிலந்தி நோய் (Guinea worm)

இம்மாநிலத்தில் இந்நோய் நடைக் கிணறு, குளங்கள் முதலிய வற்றிலிருந்து, பரவுகிறது. இந் நோய் வராமல் கட்டுப்படுத்து வதற்கு நரம்புச் சிலந்தி ஒழிப்புத் திட்டம் செயற்பட்டு, கன்னியா குமரி, நீலகிரி மாவட்டங்கள் நீங்கலாக ஏனைய மாவட்டங்களிலும் செயல்பட்டு வருகிறது. நரம்பு சிலந்தி நோய் பரவிய பகுதிகள் ஆறு பிரிவுகளாகப் பிரிக்கப்பட்டுள்ளன. ஒவ்வொரு பிரிவும் பூச்சி இயல் உதவியாளர், சுகாதார ஆய்வாளர், களப்பணி உதவி யாளர்கள் ஏனைய துணைப் பணியாளர் ஆகியோரைக் கொண்டுள்ளது.

இத்திட்டத்தின் முக்கிய குறிக்கோள், நரம்புச் சிலந்தி கிராமங்களிலுள்ள குடிநீர் வாயில்களில் "சைக்லாப்ஸ்" நீர்க் நோயினை அறவே ஒழிப்பதாகும். அதாவது நோய் கண்டுள்ள கிருமிகளை அழிப்பதாகும். பத்து லட்சம் பாகம் நீரில் 5 பகுதி D.D.T. மருந்து என்ற அளவில். 50 சதவீதம் டி.டி.டி (D. P. T.). கரைச்சல், நீர் நிலைகளில் தெளிக்கப்படுகிறது. இவ்வாறு செய் தால் அந்நோய்க் கிருமிகள் முழுவதும் அழிக்கப்படுகின்றன அல்லது குறைந்த அளவு இருக்குமாறு செய்யப் படுகின்றன. இதனால் தொற்று நோய் பரவுவது தடுக்கப்படுகிறது. இதைத் தவிர, நரம்புச் சிலந்தி நோய் தாக்குண்ட நோயாளிகளுக்கு, 4 சதவீதம் கார்பாலிக் நீர்மத்தில் தோய்த்த பஞ்சினால், நோயினால் பாதிக்கப்பட்ட உடல் பகுதி சுத்தம் செய்யப்பட்டு துணியால் கட்டப்படுகின்றது. வலி தெரியாமல் இருப்பதற்காக,

'ஏபிசி' மாத்திரைகள் (A. P .C. Tablets) அவர்களுக்கு கொடுக்கப்படுகின்றன. நோய் மீண்டும் தொற்றுவதைத் தடுப்பதற்காக 'சல்பாடயசின்' மாத்திரைகள் (Sulphadiazine (Tablets கொடுக்கப்படுகின்றன.

நரம்புச் சிலந்தி நோய் ஒழிப்புத் திட்ட பணியாளர் மூலம் கிராமங்களில் சுகாதாரக் கல்வி அளிக்கப்பட்டு வருகின்றது. 1974ஆம் ஆண்டில், 148 நேர்வுகள் கண்டுபிடிக்கப்பட்டு, சிகிச்சை அளிக்கப்பட்டது. 1975-76ஆம் ஆண்டிலும் இத்திட்டம் தொடர்ந்து செயல் படுத்தப்படும்.

(i) கருங்காய்ச்சல் (Kala-azar)

இந்நோய், தொடக்கத்தில் மாநிலத்திற்கு ஒரு பெரும் பிரச்சினையாக இருந்துவந்தது. மலேரியா ஒழிப்பு தேசியத் திட்டத்தை நிறைவேற்றும்போது டி.டி.டி. (DD. T.) மருந்து தெளிக்கப்பட்டமையால், மணல் ஈக்களின் அளவு வெகுவாகக் குறைக்கப்பட்டு, இந் நோய் பல ஆண்டுகளாக ஏற்படவே இல்லை. மலேரியா ஒழிப்பு தேசியத் திட்டம் கட்டுப்படுத்திய நிலைக்கு வந்தபோது, டி.டி.டி. மருந்து தெளிப்பது நிறுத்தப்பட்டது. இதன் விளைவாக, கருங்காய்ச்சல் நோய் மீண்டும் பரவத் தொடங்கியது. கருங்காய்ச்சல் நோய் கட்டுப்பாட்டுத் திட்டம் இராமநாதபுரத்தில் ஒரு பிரிவோடு இயங்கி வருகிறது. இந்தப் பிரிவில் பூச்சி இயல் உதவியாளர் ஒருவர், சுகாதார ஆய்வாளர் மூவர், களப்பணி உதவியாளர் 15 பேர் ஆகியோர் அடங்கியுள்ளனர். இந்த பிரிவு இராமநாதபுரத்தில் நோய் கண்டுள்ள பகுதிகளில் ஆய்வு நடத்தி, கருங்காய்ச்சல் நோய் இருப்பதைக் கண்டுபிடித்து சிகிச்சை நடவடிக்கையை மேற்கொள்கின்றது. நோய் இருப்பதைக் கண்ணுற்றதன் பேரில் அந்நோயாளிகள் ஆரம்பச் சுகாதார நிலையம் அல்லது அருகேயுள்ள அரசு மருத்துவமனை ஆகியவற்றிற்கு அனுப்பப்படுகின்றனர். 1974ஆம் ஆண்டு டிசம்பர் வரையில் 2,478 கிராமங்கள் ஆய்வு செய்யப்பட்டன. நோயுற்றோர் 6 பேர் கண்டுபிடிக்கப்பட்டனர். 4,080 மணல் ஈக்கிருமிகள் சேகரிக்கப்பட்டன.

IV பிறப்பு, இறப்பு புள்ளி விவரங்களைப் பதிவு செய்தல்.

பிறப்பு, இறப்பு பற்றிய புள்ளி விவரங்கள் சமுதாய நல்வாழ்வு நிலையைக் காட்டும் அடிப்படை அறிகுறிகளாகும். நீண்ட காலத்

திற்கு திட்டமிடப்படுவதற்கும், திட்டங்களை நிறைவேற்று வதற்கும், திட்டங்களின் முன்னேற்றங்களை மதிப்பிடுவதற்கும், முறையாகவும், உரிய நேரத்திலும் பிறப்பு இறப்புப் புள்ளி விவரங்களைச் சேகரிப்பது, ஒப்பிட்டுப் பார்ப்பது ஆகியவை அவசியமானதாகும். திட்ட வளர்ச்சிக்கு பிறப்பு இறப்பு பற்றிய சரியான புள்ளி விவரங்கள் இன்றியமையாதவையாகும். இவற்றை நோக்கங்களாகக் கொண்டு, நிர்வாகமும், கல்வியும் சம்பந்தப் பட்ட நடவடிக்கைகள் இம்மாநிலத்தில் மேற்கொள்ளப்பட் டுள்ளன. அத்தகைய முக்கிய நடவடிக்கைகள் கீழே கொடுக்கப் பட்டுள்ளன.

(a) மாநிலத் தலைமையிடத்தில் இயந்திரம் மூலம் அட்டவணைப் படுத்தும் பிரிவை அமைத்தல்;

வட்டார நிலை அமைப்புகளை வலுப்படுத்தல்;

1961-ஆம் ஆண்டு மக்கட் தொகை கணக்குப்படி ஒரு லட்சம் மக்கட் தொகைக்கு மேலுள்ள தற்போதைய மதுரை மாநகராட்சி உட்பட சென்னை மாநகராட்சியிலும், 8 பெரிய நகராட்சிகளிலும் பிறப்பு இறப்பு புள்ளி விவரங்கள் சேகரிக்கும் அமைப்புகளை வலுப்படுத்தல்;

(b) மாதிரிகள் (sample) பதிவுத் திட்டத்தைச் செயல் படுத்தல்.

(c) மாதிரிப் (Model) பதிவுத் திட்டத்தைச் செயல் படுத்தல். மாதிரிகள் பதிவுத் திட்டம் பிறப்பு இறப்பு வீதத்தையும் மக்கட் தொகை பெருக்க வீதத்தையும் மதிப்பிடுவதற்கு உதவியாக உள்ளது. இறப்புகள் ஏற்பட்டதற்கான சந்தர்ப் பங்களையும் விவரங்களையும் அறிவதற்கு சவப் பரிசோதனை செய்வதன் மூலம் கிராமப் பகுதிகளில் இறப்பு வீத வகையைக் கண்டறிவதே மாதிரிப் பதிவுத் திட்டத்தின் முக்கிய நோக்கமாகும்.

நம் மாநிலத்தில் 1973 ஆம் ஆண்டின் இடையில் நடத்தப்பட்ட மதிப்பீட்டின்படி பிறப்பு வீதம் தொகையில் 2,000-க்கு 234 ஆகவும், இறப்பு விகிதம் மக்கள் தொகையில் 1,000-க்கு 8.2 ஆகவும் இருந்தது. குழந்தை இறப்பு வீதம் உயிருடன் பிறந்த 1,000 குழந்தைகளுக்கு இறப்பு வீதம் 49.4 ஆக இருந்தது.

[1975 மார்ச் 27

V. பள்ளிக் குழந்தைகளின் நல்வாழ்வு

(1) **வெளியூர்.**—பள்ளிக் குழந்தைகளை மருந்துவச் சோதனை செய்யும் திட்டம் ஒன்று 18 தொடக்கச் சுகாதார நிலையங்களில் செயலில் உள்ளது.

இத்திட்டத்தின்படி தெரிவிக்கப்பட்ட இந்தத் தொடக்கச் சுகாதார நிலையங்களைச் சேர்ந்த மருத்துவ அதிகாரிகள் ஒவ்வொருவரும் ஆண்டுதோறும் 6—11 வயதுத் தொகுதியுள்ள பள்ளிக் குழந்தைகள் 2,000 பேரைச் சோதனை செய்கின்றனர். நோயுற்றிருப்பதற்கான அறிகுறிகள் தெரியும் பள்ளிக் குழந்தைகளுக்கு இந்த மருத்துவ அதிகாரிகள் மருந்துகளையும், தேவையான சத்து உணவையும் வழங்குகின்றனர். சிறப்பாகச் சிகிச்சையளிக்க வேண்டியது அவசியம் எனக் கருதப்படுகிற குழந்தைகள் சிகிச்சைக்காக அருகிலுள்ள மருத்துவமனைக்கு அனுப்பி வைக்கப்படுகின்றனர்.

கோயம்பத்தூரிலும், திருச்சிராப்பள்ளியிலும் இரண்டு நகர்ப்புற மருத்துவப் பிரிவுகள் ஏற்படுத்தப்பட்டுள்ளன. ஒவ்வொரு மருத்துவ அதிகாரியும் ஆண்டுதோறும் 10,000 குழந்தைகளைச் சோதனை செய்கின்றார். பிறகாப்பு நடவடிக்கைகளையும் அவர் எடுத்துக்கொள்கிறார்.

1973-74-ஆம் ஆண்டில், 56,670 குழந்தைகளுக்கு சோதனைகள் நடத்தப்பட்டன. 1974-75 ஆம் ஆண்டில் (30-9-1974 வரை) 35,274 பள்ளிக் குழந்தைகளுக்குச் சோதனைகள் நடத்தப்பட்டன.

1974-75-ஆம் ஆண்டில் இத்திட்டம் மேலும் 3 நகரங்களில் அதாவது காஞ்சிபுரம், கடலூர், தஞ்சாவூர் ஆகிய இடங்களிலும், 20 தொடக்கச் சுகாதார நிலையங்களிலும் விரிவுபடுத்தப்பட்டுள்ளது.

1975-76-ஆம் ஆண்டில் இத்திட்டத்தை மேலும் 5 தொடக்கச் சுகாதார நிலையங்களில் விரிவுபடுத்த நாம் எண்ணியுள்ளோம்.

(2) **சென்னை மாநகர்.**—சென்னை மாநகரில் பள்ளி குழந்தைகளுக்கு பொது உடல் நலச் சோதனை நடத்தும் திட்டம் 1972 ஆகஸ்ட் முதல் நிறைவேற்றப்படுகிறது. இது ஒரு முன்னோடித் திட்டமாகும். இத்திட்டத்தின் கீழ் சென்னை மாநகரிலுள்ள 6 இலட்சம் பள்ளிக் குழந்தைகளில் I ஆவது VI ஆவது வகுப்பு

1975 மார்ச் 27]

படிக்கும் 1.2 இலட்சம் குழந்தைகளுக்கு உடல் நலச் சோதனை செய்யப்பட்டுள்ளது. இம் மாநகர் 6 பிரிவுகளாகப் பிரிக்கப்பட்டு, ஒவ்வொரு பிரிவும் குழந்தை நோய் மருத்துவ உதவி பேராசிரியரைத் தலைவராகக் கொண்ட ஒரு குழுவின் பொறுப்பில் உள்ளது. இவ்வாண்டில் 320 மாநகராட்சிப் பள்ளிகளில் பயிலும் சுமார் 27,000 பள்ளிக் குழந்தைகளுக்கு உடல் நல மருத்துவச் சோதனை செய்யப்பட்டுள்ளது. அடுத்த கல்வி ஆண்டில், அரசு மற்றும் அரசு உதவி பெறும் பள்ளிக் குழந்தைகளுக்கு மருத்துவச் சோதனை அளிக்கப்படும்.

(3) **உடல் நலக் கல்விக் கழகம்.**—மாநில உடல்நலக் கல்விக் கழகம் 1960 ஆம் ஆண்டில் ஏற்படுத்தப்பட்டுள்ளது. இக்கழகம் சீராக வளர்ந்து வந்துள்ளது. இந்திய அரசு பரிவுரை செய்த ஐந்து பிரிவுகளைத் தற்போது இக்கழகம் கொண்டுள்ளது.

1. நிர்வாக—ஆய்வுப் பிரிவு.

2. பிரச்சார சாதனப் பிரிவு.

3. நேரிட ஆய்வு—கட்புல விளக்கப் பிரிவு.

4. மாணவர் உடல்நலக் கல்விப் பிரிவு.

5. உடல்நலக் கல்வி ஆசிரியர் பயிற்சிப் பிரிவு.

தங்களுடைய நடவடிக்கை, முயற்சிகள் வாயிலாக சிறந்த ஆரோக்கியமுள்ள வாழ்க்கை நிலைகளை அடைய மக்களுக்கு உதவி செய்வது உடல்நலக் கல்விக் கழகத்தின் முக்கிய குறிக்கோளாக உள்ளது. இது தவிர, ஆரோக்கிய வாழ்வுக்குரிய பொறுப்பை ஏற்க மக்களுக்கு அறிவூட்டுவது இதன் குறிக்கோளாகும். இந்த குறிக்கோளினை எய்துவதற்கு, இம் மாநிலத்தின் நல்வாழ்வுத் திட்டங்கள், கொள்கைகள் இவற்றில் பொதுமக்களின் ஒத்துழைப்பையும் ஆதரவையும் ஒருசேரப் பெறும் நோக்கத்துடன், உடல் நலக் கல்விக் கழகம், பல்வேறு பயிற்சியையும் கல்வி நடவடிக்கைகளையும் திட்டமிட்டு நிறைவேற்றுகிறது.

TAMIL NADU LEGISLATIVE ASSEMBLY
சட்டமன்றப் பேரவை
TRUTH ALONE TRIUMPHS
வாய்மையே வெல்லும்

மாநில உடல் நலக் கல்விக்கழகம், தொடக்கச் சுகாதார நிலையப் பணியாளர்களுக்குப் பணியிருப்புப் பயிற்சிகளை நடத்திவருகிறது. இதுவரை, 32 தொகுதிகளாக நடத்திய பயிற்சித் திட்டங்களின் மூலமாக எல்லா மாவட்டங்களுக்கும் பயிற்சி அளிக்கப் பட்டுள்ளது. 1974-75-ல், மூன்று தொகுதி பயிற்சியாளர்கள் பயிற்சி முடித்துள்ளனர்.

(a) **நிர்வாகம்—ஆய்வுப் பிரிவு.**—தொடக்கச் சுகாதார நிலையத்திற்குச் சிகிச்சைக்காக வருகைதருவோர் பற்றிய ஆய்வில் இப்பிரிவு தற்போது முழு நாட்டத்தையும் செலுத்தி வருகிறது. ஐம்பத்தைந்து தொடக்கச் சுகாதார நிலையங்களிலிருந்து புள்ளி விவரங்கள் சேகரிக்கப்பட்டுள்ளன. இவை, பகுப்பாய்வு செய்யப் பட்டு வருகின்றன.

(b) **பிரச்சார சாதனப் பிரிவு.**—உடல்நலக் கல்வி பற்றிய நூல்களைத் தயாரிப்பது, பெறுவது, அவற்றைக் கொண்டு பயிற்சி அளிப்பது, பல நிலையங்களுக்கு வழங்குவது ஆகியவற்றை பிரச்சார சாதனப் பிரிவு முக்கிய நோக்கங்களாகக் கொண் டுள்ளது. 1971 ஆம் ஆண்டில் தொடங்கப்பட்ட மாநில பொதுச் சுகாதார அச்சகம், உடல் நலம் பற்றிய சுவரொட்டிகள், சிறு வெளியீடுகள் அச்சிடுவது போன்ற துறையின் அச்சுப் பணிகளைக் கவனிக்கிறது. மொத்தம் 248 வெளியீடுகள் வெளி யிடப்பட்டன. திரைப்பட நூலகம் ஒன்றும் உள்ளது. இதில், உடல் நலம்பற்றிய பல்வேறு 527 திரைப்படங் களும், 327 துண்டுப் படங்களும் உள்ளன. இத்திரைப் படங்கள் திரையிடப்படுவதற்காக இம் மாநிலத்திலுள்ள பல்வேறு துறை அமைப்புகளுக்கும் தொண்டு நிறுவனங்களுக்கும் இவை கட்டணம் ஏதுமில்லாமல் கடனாக வழங்கப்படுகின்றன. உடல் நலத் தலைப்புச் செய்திகள் குறித்த விளம்பரம் 'சிலேடுகள்' தயாரிக்கப்பட்டு, திரைப்பட அரங்குகளில் திரையிடப்படுவதற் காக வழங்கப்பட்டன. 1974-75-ல், 900 திரைப்பட சிலேடுகள் தயாரிக்கப்பட்டு, காட்டப்பட்டன. 975 திரைப்படங்கள், திரையிடப்படுவதற்காக வழங்கப்பட்டன. பொதுமக்களுக்கு அறிவு புகட்டுவதற்காக மாநகரிலும், மாநகரைச் சுற்றியும் சுமார் 200 திரைப் படக்காட்சிகள் நடத்தப்பட்டன.

1974-75-ல் பொருட்காட்சிப் பிரிவு 15 பொருட் காட்சிகளை நடத்தியது, பொம்மலாட்டக் காட்சிப் பிரிவு, 40 பொம்மலாட்டக் காட்சிகளை நடத்தியது.

1975 மார்ச் 27]

இவ்வாருக, மேற்சொன்ன நடவடிக்கைகளினுல், பிரச்சார சாதனப் பிரிவு, உடல் நலம் பற்றிய கருத்துக்களைப் பொது மக்களுக்கு விளக்குகிறது.

(c) நேரிட ஆய்வு—கட்புல விளக்க நிலையம்.—வேளச்சேரி பகுதியிலுள்ள தொடக்கச் சுகாதார நிலையத்தில் இக்குழு தனது நடவடிக்கைகளில் நாட்டம் செலுத்துகிறது. சத்துணவு குறித்த பாடங்கள் தயாரிக்கப்பட்டு, பள்ளிக்கரணை அரசு உயர்நிலைப்பள்ளி, நுங்கம்பாக்கம் மாநகராட்சி நடுத்தரப் பள்ளி ஆகியவற்றின் VI-வது வகுப்பு மாணவர்களுக்குக் கற்பிக்கப்படுகிறது. வேளச்சேரி பகுதியிலுள்ள சில பள்ளிகள் மருத்துவ ஆய்விற்குத் தெரிந்தெடுக்கப்பட்டு மாணவர்களுக்கு மருந்துகள் வழங்கப்பட்டன. கனகம் கிராமத்திலுள்ள மக்களுக்கு நீரடிக் கழிப்பிடங்கள் குறித்து விளக்கப்பட்டது. பன்னிரண்டு நீரடிக் கழிப்பிடங்களும் கட்டிக்கொடுக்கப்பட்டன.

(d) மாணவர் உடல்நலக் கல்விப் பிரிவு.—சொந்தத் தூய்மை நலம், தொற்று நோய், தொற்று வகை அல்லாத நோய்கள், சத்துணவு ஆகிய தலைப்புகளில் வழிகாட்டி நூல் ஒன்றை VI, VII-வது வகுப்புகளின் ஆசிரியர்களுக்காகத் தயாரிப்பதில் இப்பிரிவு ஈடுபட்டுள்ளது. கிராமங்களிலுள்ள தொடக்கப்பள்ளிகளில் தற்போதுள்ள சுகாதார நிலைமைகளைக் கண்டறிய 14 தொடக்கச் சுகாதார நிலையங்களிலிருந்து 293 பள்ளிகளில் தற்போதுள்ள சுகாதார நிலைமைகள் குறித்து இப் பிரிவு ஆய்வு ஒன்றையும் செய்தது. தேவையான நடவடிக்கை எடுப்பதற்காக பள்ளிக் கல்வி இயக்குநருக்கு ஆய்வு அறிக்கை அனுப்பப்பட்டுள்ளது.

(e) ஆசிரியர் பயிற்சிப் பிரிவு.—இம் மாநிலத்திலுள்ள ஆசிரியர் பயிற்சிக் கல்லூரிகளில் பணியாற்றும் ஆசிரியர்களுக்கு இப்பிரிவு சுகாதாரக் கல்வியில் பயிற்சியளிக்கிறது. ஒவ்வொரு தொகுதியும் சாதாரணமாக 20-லிருந்து 25 ஆசிரியர்கள் கொண்டது. பயிற்சிக் கால அளவு 45 நாட்கள் ஆகும். ஓராண்டில் பயிற்சியளிக்கப்படும் தொகுதியினரின் எண்ணிக்கையை 4-லிருந்து 6 ஆக உயர்த்த, பயிற்சிக்கால அளவு அண்மையில் 30 நாட்களாகக் குறைக்கப்பட்டுள்ளது. பள்ளிகளிலும், சமுதாயத்திலும் சுகாதாரத்தைப் பேணுவதில் ஆசிரியர்

களின் பங்குபற்றிய கருத்தை உருவாக்குவதே ஆசிரியர்களுக்குப் பயிற்சியளிக்கும் இத்திட்டத்தின் நோக்கமாகும். இதுவரை 15 தொகுதியினருக்குப் பயிற்சியளிக்கப்பட்டுள்ளது. 16-வது தொகுதியினருக்குப் பயிற்சி வகுப்பு தொடங்கப்பட்டுள்ளது. களப்பயிற்சிக்காக, போரூரில் உள்ள ஒரு பள்ளியும், நந்தனத்தி லுள்ள ஒரு பள்ளியும் தெரிந்தெடுக்கப்பட்டன. இங்கு, அவர் களுக்கு, சுகாதாரக் கல்வி கற்பிப்பதற்குப் பயிற்சி பெற வாய்ப்பு அளிக்கப்பட்டது. இந்த இரண்டு பள்ளிகளில் உள்ள மாணவர் களுக்குச் சுகாதாரப் பணிகளும் செய்துதரப்பட்டன.

(f) மாநிலச் சுகாதாரக் கல்விக் குழு.—மாண்புமிகு மக்கள் நல்வாழ்வுத் துறை அமைச்சரைத் தலைவராகக் கொண்டும், சில துறைத் தலைவர்களையும், தெரிந்தெடுக்கப்பட்ட சில அரசுச் செயலாளர்களையும், சட்டமன்றப் பேரவை, மேலவை உறுப்பினர் களையும், நிறுவனப் பிரதிநிதிகளையும் கொண்ட மாநில சுகாதாரக் கல்விக்குழு ஒன்று உள்ளது. இக்குழு, மாநில சுகாதாரக் கல்விக் கழகத்தின் சுகாதாரக் கல்வி நடவடிக்கைகளை ஆய்வு செய்வதற்கும் வழிகாட்டுவதற்கும் துணைபுரிகிறது. இதுவரை இக்குழு 12 முறை கூடியுள்ளது.

(g) பொது நல்வாழ்வு நிறுவனம், பூவிருந்தவல்லி.—இந்த நிறுவனம் கீழ்க்காணும் மூன்று பிரிவுகளைக் கொண்டது:—

(1) நல்வாழ்வுப் பிரிவு—பணிப் பிரிவு.

(2) மறுபயிற்சி நிலையம்—பயிற்சிப் பிரிவு.

(3) ஆராய்ச்சி-செயல் திட்டம்—செயல் பிரிவு பின்பற்றும் ஆராய்ச்சி.

இந்த நல்வாழ்வுப் பிரிவு, ராக்பெல்லர் நிறுவனத்தின் உதவியுடன் 1935-ல் தொடங்கப்பட்டது. பின்னர், மேற்சொன்ன நிறுவனத்தின் உதவி முடிவடைந்த பின்னர் இதனைத் தமிழ்நாடு அரசு மேற்கொண்டது.

இப் பிரிவின் நோக்கங்களாவன—

(i) சோதனை முயற்சியாக, மும்முரச் சுகாதாரப் பணிகளுக்கு ஏற்பாடு செய்வதன் மூலம் குறிப்பிட்ட கிராமப்புற பகுதி ஒன்றில் பொது நல்வாழ்வினை மேம்படுத்துதல்.

1975 மார்ச் 27]

(ii) பொது நல்வாழ்வு நன் முயற்சியுடன், கிராம மக்களுக்கு நோய்த்தடுப்பு முறைகளைக் கையாள என்ன செய்யலாம் என்பது குறித்து விளக்குதல்.

பொது உடல்நலக் கூறுகள் அனைத்திலும் மருத்துவப் பணியாளர்களுக்கும், துணை மருத்துவப் பணியாளர்களுக்கும் பயிற்சியளிக்க வசதி அளித்தல்.

இப் பிரிவின் அலுவல்களாவன—

(1) மகப்பேறு, குழந்தை நலப் பணிகளுக்கு வகை செய்தல்.

(2) குடும்ப நலத் திட்டம்.

(3) தொற்று நோய்கள் பரவாவண்ணம் கட்டுப்படுத்துதல்.

(4) சுற்றுப்புறத் துப்புரவு.

(5) உடல்நலக் கல்வி.

(6) பிறப்பு, இறப்புப் புள்ளி விவரங்களைத் தொகுத்தல்.

(7) பயிற்சித் திட்டங்கள் நடத்துதல்.

1974 ஆம் ஆண்டில் மருத்துவப் பாதுகாப்பு அளிக்கப்பட்ட தாய்மார்களின் எண்ணிக்கை 5,210, சுகாதார பிரிவு இருக்கும் பகுதியில் பிறந்த குழந்தைகளின் மொத்த எண்ணிக்கை 2,584.

மகப்பேறு, குழந்தை நலப் பணி பிரிவுகளுடன் ஒருங்கிணைந்து குடும்ப நலத் திட்டப் பணி நடத்தப்பட்டு வருகின்றன. 1974 ஆம் ஆண்டில் 252 ஆண்களும், குடும்ப நலத் திட்ட மருந்தகங்களும் நடத்தப்பட்டு வருகின்றன. 1974 ஆம் ஆண்டில் 252 ஆண்களும், 2,423 பெண்களும், குடும்ப நல அறுவை சிகிச்சை செய்து கொள்ளுமாறு கூறப்பட்டுள்ளனர். 11 ஆண்கள் 'வாசக்டமி' அறுவை சிகிச்சை செய்து கொண்டனர். 213 பெண்கள் 'டியூபெக்டமி' அறுவை சிகிச்சை செய்து கொண்டனர்.

சுகாதாரப் பிரிவு தொற்று நோய்களைப் பரவாவண்ணம் தடுத்தல், சுற்றுப்புறத் துப்புரவு, சுகாதாரக் கல்வி முதலியவை போன்ற ஏனைய வகைப் பொதுச் சுகாதார நடவடிக்கைகளையும் மேற்கொள்கிறது. பொதுச் சுகாதாரம், ஏனைய சுகாதாரக் கூறுகளில் மும்முரப் பயிற்சி பெறுவதற்காக சென்னை மருத்துவக்

கல்லூரியிலிருந்து மனையிட மருத்துவர்களும், ஸ்டான்லி மருத்துவக் கல்லூரியில் பயிற்சி பெறும் செவிலியர்களும் இந்தச் சுகாதாரப் பிரிவுக்கு முறையாக நியமிக்கப்பட்டு வருகின்றனர். 1974-ல், இந்தச் சுகாதாரப் பிரிவால் 282 மனையிட மருத்துவர்களுக்குப் பயிற்சி அளிக்கப்பட்டது. பயிற்சி பெறும் மருத்துவர்களும், மருத்துவ உதவியாளர்களும், சமுதாய சுகாதார ஆய்வுப் பணியின் மூலம் கிராமங்களின் சுகாதாரப் பிரச்சினைகள் குறித்து ஆய்வு மேற்கொள்ளச் செய்யப்பட்டனர். அம்மை குத்துதல் முதலியன போன்ற சில சுகாதாரப் பணிகளை மேற்கொள்ளும் பொறுப்பு இந்தப் பயிற்சி பெறுபவர்களுக்குக் கொடுக்கப்பட்டது. பொது மக்களுக்குச் சுகாதாரக் கல்வி கற்பிக்கும் திட்டங்களிலும் இவர்கள் ஈடுபடுத்தப்பட்டனர்.

மறுபயிற்சி நிலையம்.

இந் நிலையம், 1954 ஆம் ஆண்டில் ஃபோர்டு நிறுவனத்தின் உதவியுடன் தொடங்கப்பட்டது. இந்நிறுவனத்தின் உதவி நிறுத்தப்பட்டவுடன் இந்த நிலையத்தை அரசு மேற்கொண்டது. தொடக்கச் சுகாதார நிலையங்களில் பணியிருப்புப் பயிற்சி பெற்ற மருத்துவர்களுக்கும் மருத்துவ உதவியாளர்களுக்கும் மறுபயிற்சி அளிக்கப்படுகிறது.

இப் பயிற்சியின் நோக்கங்களாவன—

1. தொடக்கச் சுகாதார நிலையத் தொகுதியைச் சேர்ந்த சுகாதாரப் பணியாளர்களிடையே ஒருங்கு சேர்ந்து உழைக்கும் கூட்டுணர்வை வளர்த்தல், வேலை-பிரச்சினை இவற்றை மையமாகக் கொண்ட பயிற்சியளித்தல்.

2. தொடக்கச் சுகாதார நிலையங்களில் பணிபுரியும் உடல் நலப் பணியாளர்களுக்குக் கிராமச் சுகாதாரப் பணியில் நடைமுறைப் பயிற்சி அளித்தல்.

இந்த நிலையம், அண்டை மாநிலங்களால் பயிற்சி நிலையமாகப் பயன்படுத்தப்பட்டது. அதன் பின்னர், இந்த மாநிலங்கள், தங்களின் பகுதியில் இத்தகு நிலையங்களை அமைத்துக் கொண்டுள்ளன. தற்போது இந் நிலையம் நமது மாநிலத்தின் தேவைகளை நிறைவு செய்கிறது.

1975 மார்ச் 27]

இதுவரை, 105 தொகுதி பயிற்சியாளர்கள் பயிற்சி பெற்றுள்ளனர். 106-வது தொகுதிப் பயிற்சியாளர்களுக்கு பயிற்சி அளிக்கப்பட்டு வருகிறது.

(i) **ஆராய்ச்சி-செயல் திட்டம்.**—இத் திட்டம், 1956 ஆம் ஆண்டில், ஃபோர்டு நிறுவனத்தின் உதவியுடன் தொடங்கப் பட்டது. கிராமச் சுகாதார மேம்பாட்டு பணிகள், அவற்றின் அணுகு முறை ஆகியவை பற்றிய உத்திகளை மேம்படுத்து வதற்கான ஆராய்ச்சி திட்டம் ஒன்றை மேற்கொள்வதற்காக இத் திட்டம் தொடங்கப்பட்டது. முதலில் கிராமப்புறக் கழிப்பிட வசதி திட்டம் பற்றி 1956 முதல் 1960 வரையில் நான்கு ஆண்டுகளுக்கு ஆராய்ச்சி நடத்தப்பட்டது. ஒவ்வொரு வீட்டிலும் குறைந்த செலவிலும், எளிமையான முறையிலும் துப்புரவு வசதியுடன் கூடிய நீரடிக் கழிப்பிடங்கள் அமைத்துக் கொடுப்பதற்கான வழிவகை பற்றி ஆராய்ச்சி செய்யப்பட்டது. ஃபோர்டு நிறுவனத்தின் உதவி நிறுத்தப்பட்டவுடன் 1961-லிருந்து இத் திட்டத்தை அரசு மேற்கொண்டது.

1974 ஆம் ஆண்டில், வில்லிவாக்கம், பூவிருந்தவல்லி, வாலாஜாபாத், திருத்தணி ஆகிய நான்கு பேரூராட்சிகளில் ரூபாய் 1.25 இலட்சம் செலவில் 1,000 கழிப்பிடங்கள் கட்டு வதற்கான திட்டம் ஒன்றை பூவிருந்தவல்லி, பொதுச் சுகாதார நிறுவனம் மேற்கொண்டது. இந்த நான்கு பேரூராட்சிகளில் 1000 கழிப்பிடங்கள் கட்டப்பட்டுள்ளன. நீரடிவசதியல்லாத கழிப்பிடங்களை நீரடிக் கழிப்பிடங்களாக மாற்று வதற்கான திட்டம் ஒன்றும் உள்ளது. இம் மாநிலத்தின் பல கிராமங்களில் அரிசனங்களுக்காகக் கட்டப்படும் வீடுகளுக்கென 2,500 நீரடிக் கழிப்பிடங்களை அமைக்குமாறு ஆராய்ச்சி செயல் திட்டத்தை மாநில அரிசன மேம்பாடு—வீட்டுவசதிக் கழகம் கேட்டுக்கொண்டது. இப்பணி தொடங்கப் பட்டுள்ளது. செங்கல்பட்டு, தஞ்சாவூர், மதுரை மாவட்டங்களைச் சேர்ந்த தெரிந்தெடுத்த ஊராட்சிகளில் ரூபாய் 5 இலட்சம் செலவில் தற்போதுள்ள நீரடி வசதியற்ற கழிப்பிடங்களை நீரடிக் கழிப்பிடங்களாக மாற்றும் திட்டம் ஒன்றுக்கு ஒப்பளிப்பு வழங்கப்பட்டுள்ளது.

நீரடிக் கழிப்பிடங்களின் முக்கியத்துவத்தைப் பொதுமக்கள் உணர்ந்து கொள்வதற்காக முறையான பிரச்சாரக் கூட்டங்கள் நடத்தப்பட்டன. வளர்புரம் கிராமத்தில் சத்துணவு குறித்த ஆய்வுகள் தொடங்கப்பட்டுள்ளன. இக் கிராமத்தில் துணை உணவுத்திட்டத்திற்கு ஏற்பாடு செய்ய 'கேர்' நிறுவனம் ஒப்புக் கொண்டுள்ளது. ஸ்ரீபெரும்புதூர் ஊராட்சி ஒன்றியத்தின் உதவியுடனும் கிராம அதிகாரிகளின் உதவியுடனும் இத்திட்டம் 1975-ல் செயல்படுத்தப்படும்.

VII உணவுக் கலப்படத்தைத் தடுத்தல்.

நுகர்வோரின் நலனைப் பாதுகாப்பதற்கென உணவுப் பொருள்களில் கலப்படம் செய்தலைத் தடுக்க வேண்டியதன் முக்கியத்துவத்தை அரசு உணர்ந்து செயலாற்றுகின்றது. கடந்த ஆண்டுடன் ஒப்பிடுகையில், உணவுக் கலப்பட வழக்குகள் கண்டு பிடிக்கப்படுவதிலும், 1954 ஆம் ஆண்டு உணவுக் கலப்படத் தடுப்புச் சட்டத்தைச் செயல்படுத்துவதிலும் முன்னேற்றம் ஏற்பட்டுள்ளது. இந்தச் சட்டத்தை முக்கியமாக உள்ளாட்சி மன்றங்கள் வாயிலாகச் செயல்படுத்த வேண்டியுள்ளதால், இம் மாநிலத்தில் கிராமப் பகுதிகள் அடங்கிய சுமார் மூன்றில் இரண்டு பகுதியில் இன்னும் இப்பணி நிறைவேற்றப்படவில்லை. இம்மாநிலத்தில் உள்ள கீழ்க்கண்ட ஆய்வுக்கூடங்கள் பகுப்பாய்வுப் பணிகளைத் தற்போது ஆற்றி வருகின்றன:—

(i) சென்னை மாநகராட்சியால் நடத்தப்படும் உணவு பகுப்பாய்வுக் கூடம்.

(ii) கிண்டி கிங் ஆராய்ச்சி நிலையத்தில் உள்ள உணவுப் பகுப்பாய்வுக் கூடம்.

(iii) கோயம்புத்தூரில் உள்ள உணவுப் பகுப்பாய்வுக் கூடம்.

30—12—1974 வரையில் இந்த மூன்று ஆய்வுக் கூடங்களும் 18,341 உணவு மாதிரிகளைப் பகுப்பாய்வு செய்தன. இவற்றில் 4,864 மாதிரிகள் கலப்படம் செய்யப் பட்டதெனத் தெரியவந்தது. இவற்றில், 4,331 தொடர்பாக வழக்குகள் தொடரப்பட்டன. 3,088 வழக்குகளில் தண்டனை

விதிக்கப்பட்டது. 38 பேர் குற்றமற்றவரென விடுவிக்கப் பட்டனர். ஏனைய வழக்குகள் முடிவுறு நிலையில் உள்ளன. மொத்தம் ரூ. 7,49,231.50 அபராதம் வசூலிக்கப்பட்டது. இம் மாநிலத்தில் ஆய்வுக் கூட வசதிகளைப் பெருக்கும் பொருட்டு, மதுரையில் ஒன்றும், தஞ்சாவூரில் ஒன்றுமாக இரண்டு உணவுப் பகுப்பாய்வுக் கூடங்களை நிறுவ 1974-75-ல் அனுமதி வழங்கப் பட்டது. அவை முடிவுறும் நிலையில் உள்ளன. பாளையங் கோட்டையில் கூடுதல் பகுப்பாய்வுக் கூடம் ஒன்றும், சேலத்தில் மற்றொன்றுமாக இரண்டு பகுப்பாய்வுக் கூடங்களை 1975-76-ல் நிறுவக் கருதப்பட்டுள்ளது. இச் சட்டத்தைச் செவ்விய முறையில் செயல்படுத்துவதற்காக சுகாதார அதிகாரி ஒருவருடன் உணவுப் பகுப்பாய்வுப் பிரிவு ஒன்று தலைமை யிடத்தில் செயல்பட்டு வருகிறது. இப் பிரிவு உணவுப் பொருள்களைத் திடீரெனச் சோதனையிடுவதுடன், உணவு ஆய்வாளர்களின் பணியை உன்னிப்பாக மேற்பார்வையிடுகிறது. உணவுப் பொருள் கலப்படம் செய்வதற்கெதிராக செய்தித் தாள்கள், சுவரொட்டிகள், வானொலி, ஆகியவற்றின் வாயிலாகப் போதிய பிரச்சாரம் செய்யப்படுகிறது. உணவுப் பொருள் கலப்படத் தடுப்பு குறித்து மாநில ஆலோசனைக் குழுவைச் சீரமைக்க அரசு முடிவு செய்துள்ளது. உணவுப் பொருள்களில் கலப்படம் செய்வதைத் தடுப்பதில் நுகர்வோர், வணிகர்கள் ஆகியோரின் ஒத்துழைப்பைப் பெறும் பொருட்டு நுகர்வோர் பிரதிநிதிகள் மூவரையும் (அரசு சார்பற்றவர்கள்) வணிகர்கள் பிரதிநிதிகள் ஆறுபேரையும் (அரசு சார்பற்றவர்கள்) அக் குழுவில் சேர்த்துக் கொள்வதெனவும் முடிவு செய்யப்பட்டுள்ளது.

VIII பல்வகை.

(a) சந்தைகளும் திருவிழாக்களும்:

சந்தைகள், திருவிழாக்கள் நடைபெறும் காலங்களில் மக்கள் நல்வாழ்வுத் துறையின் மேற்பார்வையின் கீழ் போதிய சுகாதார ஏற்பாடுகள் செய்யப்படுகின்றன. தேவையான இடங்களில் கூடுதல் பணியாளர்கள் நியமிக்கப்படுகின்றனர். இயங்கும் கொள்ளைநோய்ப் பிரிவுகளின் பணிகளும், காலரா கட்டுப் பாட்டுக் குழுக்களின் பணிகளும் தேவையானபோது

பயன்படுத்திக் கொள்ளப் படுகின்றன கொள்ளை நோய்கள் பரவுவதைத் தடுக்கக் காலராதடுப்பு பணி முதலிய பணிகளும் மேற்கொள்ளப் படுகின்றன.

(b) சுற்றுப்புறச் சுகாதாரம்.

தொழிற்சாலைகள் விரைவாக பெருகி வருவதன் விளைவாக, காற்று, நீர், நிலம் ஆகியவற்றின் தூய்மை கெட்டுவிடுவது பெரிய பிரச்சினையாக இருக்கிறது. இப்பிரச்சினைக்கு உடனடித் தீர்வு காணவேண்டியது. அவசியமாகும். இப்பிரச்சினைபற்றி இவ்வரசு நன்கு அறிந்து வந்திருப்பதோடு இதற்குத் தக்க வழியில் தீர்வு காண பல நடைமுறைகளைத் தொடங்கியுள்ளது. தொழிற்சாலைகளுக்குச் சென்று பார்வையிட்டு, அங்கிருந்து வெளியேறும் கழிவுகளை முடிவு செய்வதில் தொழிலதிபர்களுக்கு நல்லபல ஆலோசனைகளை நல்கும் பணியைச் சுகாதாரப் பணிகள்—குடும்ப நலத் திட்ட இயக்குநர் அலுவலகம் தற்போது கவனித்து வருகிறது. மேலும், தமிழ்நாடு 1939 ஆம் ஆண்டு பொதுச் சுகாதாரச் சட்டம், 1920 ஆம் ஆண்டு மாவட்ட நகராட்சிகள் சட்டம், தமிழ்நாடு 1958 ஆம் ஆண்டு ஊராட்சிகள் சட்டம் முதலியவை தொடர்பான விதிகள், விதிமுறைகள் ஆகியவற்றையும் அது செயல்படுத்திவருகிறது. நீர், கழிவு நீர் தூய்மைப்படுத்துவது குறித்த குழு கழிவுப் பொருள் பிரச்சினை குறித்து தொழிலதிபர்களிடமிருந்து வரும் விண்ணப்பங்களை முறைப்படி ஆய்வு செய்து, மேற்சொன்ன பிரச்சினையை சரியான வழியில் அணுகி அதற்குத் தீர்வு காணுவதற்கான நடைமுறைகள் பற்றி அவர்களுக்கு ஆலோசனை நல்குகின்றது. சுகாதாரப் பணிகள்—குடும்ப நலத் திட்ட இயக்குநர் இக் குழுவின் தலைவராவார். தவிர, தூய்மைக் கேடு பிரச்சினையை எல்லா வழிகளிலும் நுணுக்கமாக அலசி ஆராய்வதில் சுகாதாரப் பணிகள்—குடும்ப நலத் திட்ட இயக்குநர் அலுவலகத்தோடு ஒருங்கிணைத்து அதற்கு உதவியாகச் செயலாற்ற தலைமைப் பொறியாளர் பதவித்தரத்தில் சிறப்பு அலுவலர் ஒருவரை அரசு நியமித்துள்ளது. சிறப்பு அலுவலரும், சுகாதாரப் பணிகள்—குடும்ப நலத் திட்ட, இயக்குநர் அலுவலகத்தினரும் கீழ்காணும் பணிகளைத் தொடங்கியுள்ளனர்:—

(i) 13 தொழிற்சாலைகளைப் பொறுத்த மட்டில் தூய்மைக் கேடு பிரச்சினை பற்றி ஆய்வு செய்யப்பட்டுள்ளது.

1975 மார்ச் 27]

(ii) இம் மாநிலத்தில் தூய்மைக் கேட்டினை குறைக்க ஒன்பது தொழிற்சாலைகள் குறித்த திட்ட அறிக்கைகள் தயாரிக்கப்பட்டு மாநிலத் திட்ட ஆணைக் குழுவிடம் கொடுக்கப்பட்டுள்ளன.

(iii) தூய்மைக் கேடு குறித்த நான்கு திட்ட அறிக்கைகள் தயாரிக்கப்பட்டு புதுடில்லி, அறிவியல்-தொழில் நுட்பம், சுற்றுப்புறச் சுகாதாரத் திட்டம், ஒருங்கிணைப்பு துறைக்கு அனுப்பப்பட்டுள்ளது.

(iv) சிறப்பு அலுவலரும், நீர், கழிவு நீர் தூய்மைப் படுத்துவது குறித்த குழுவின் உறுப்பினர்களாக இருக்கும் (இயக்குநர் அலுவலகத்தைச் சேர்ந்த) ஏனைய அதிகாரிகளும் 11 தொழிற்சாலைகளுக்குச் சென்று பார்வையிட்டு, தூய்மைக் கேட்டினால் ஏற்படும் விளைவுகள் தொழிற்சாலைகளிலிருந்து வெளிவருகிற கழிவு நீரின் தன்மைகள், அது குறித்து தீர்வு காணும் நடைமுறைகள் பற்றி ஆய்வு செய்தனர்.

(v) புதுடில்லி, அறிவியல்-தொழில் நுட்பத் துறையின் பிரிவாக உள்ள சுற்றுப்புறச் சுகாதார ஆராய்ச்சிக் குழுவின் ஓர் உறுப்பினராக இருக்கும் இத் துறையின் சிறப்பு அலுவலர், ஐந்தாவது ஐந்தாண்டுத் திட்டக் காலத்தில் சுற்றுப்புறச் சுகாதாரம் குறித்து செய்யத் திட்டமிட்டுள்ள ஆராய்ச்சி-வளர்ச்சித் திட்டத்தை ஆய்ந்து அறிதல், தொடங்குதல், மதிப்பிடுதல் குறித்து சுற்றுப்புறச் சுகாதார ஆராய்ச்சிக் குழுவிற்கு ஆலோசனை நல்குகிறார்.

தூய்மைக் கேட்டினைக் கட்டுப்படுத்தி, பின்னர் அதனை அறவே ஒழிப்பதற்கான வழிவகைகளைக் கண்டறியத் தொழிலதிபர்களோடும், ஏனையவர்களோடும் மேற்கொண்டும் விவாதிக்கக் கருதப்பட்டுள்ளது.

1975 மார்ச் 27]

இணைப்பு

மக்கள் நல்வாழ்வுக்கான செலவு :

நமது மாநிலத்தில் 1967-68 ஆம் ஆண்டு முதல் ஒவ்வோராண்டும் மக்கள் நல்வாழ்வுக்காகச் செலவிடப்பட்ட தொகை பற்றிய விவரங்கள் பின்வருமாறு:—

ஆண்டு		தொகை (ரூபாய் இலட்சத்தில்)
1967-68		5,19.25
1968-69		5,95.60
1969-70		7,48.06
1970-71		8,50.08
1971-72		11,46.07
1972-73		16,10.73
1973-74		15,42.23
1974-75	(வரவு-செலவுத் திட்ட மதிப்பீடு)	15,76.63
1975-76	ஷை	16,25.76

தமிழ்நாடு சட்டமன்றப் பேரவை TAMIL NADU LEGISLATIVE ASSEMBLY வாய்மையே வெல்லும் TRUTH ALONE TRIUMPHS

"கோரிக்கை எண் 19—மக்கள் நல்வாழ்வு" என்பதன் கீழ் சேர்க்கப்படும் மக்கள் நல்வாழ்வு குடிநீர் வழங்கல், துப்புரவு குறித்த கொள்கை விளக்கக் குறிப்பு.

இக் கோரிக்கையின்கீழ் அடங்கியுள்ள இனங்கள் பின்வருமாறு:—

	(ரூபாய் இலட்சத்தில்)
கழிவு நீர் அகற்றுத் திட்டங்கள்	6.19
நகர்ப்பகுதி நீர்வழங்குத் திட்டம்	17.51
கிராமங்களுக்குக் குழாய்கள் மூலம் குடிநீர் வழங்கும் திட்டம்	3,25.01
கிராமங்களுக்குக் குடிநீர் வழங்கும் ஏனைய திட்டம்	0.92

தூத்துக்குடி நீர் வழங்கு திட்டம்:

தூத்துக்குடியிலுள்ள தொழிற்சாலைகளுக்கு நாளொன்றுக்கு 20 மில்லியன் காலன் நீர் வழங்கும் திட்டம் முடிவடையும் தறுவாயில் உள்ளது. இத் திட்டத்தின் மூலம் பயனடையும் நிறுவனங்களில் ஒன்றாக சதர்ன் பெட்ரோ கெமிக்கல்ஸ் இன்டஸ்டிரிஸ் கார்ப்பரேஷனுக்கு 1—11—1973 முதல் முன்னோடி முறையில் நீர் வழங்கப்பட்டுள்ளது. இத் திட்டம் எல்லா வகையிலும் 1975-76-ல் முடிக்கப்பட்டுவிடும்.

குடிநீர்ப் பற்றாக்குறையுள்ள, நரம்புச் சிலந்தி முதலிய நோய்கள் பரவியுள்ள கிராமங்களில் குடிநீர் வழங்கும் திட்டங்களுக்கு யூனிசெப் நிறுவனம் உதவியளிக்கும் திட்டத்தின் கீழ் 1973-74 இறுதி வரை 675 கிராமங்களில் 1,250 துளைக் கிணறுகள் தோண்டப்பட்டு நீர் வழங்க ஏற்பாடு செய்து கொடுக்கப்பட்டுள்ளது. 1974-75-ல் 50 இலட்சம் ரூபாய் செலவில் 1,500 துளைக் கிணறுகள் அமைக்கப்பட்டு நீர் வழங்க ஏற்பாடு செய்யப்படுமென்று எதிர்பார்க்கப்படுகிறது. 1975-76-ல் 600 கிராமங்களில் 55 இலட்சம் ரூபாய் மதிப்பீட்டுச் செலவில் 1,500 துளைக் கிணறுகள் அமைக்கப்படும்.

கிராமப் பகுதிகள் அனைத்திலும் தூநீர் வழங்க வகை செய்யும் திட்டம்.

கிராமப் பகுதிகள் அனைத்திலும் தூநீர் வழங்க வகை செய்வது அரசின் தலையாய நோக்கமாகும். இக் கொள்கைக் கிணங்கவும், மத்திய அரசின் உதவியோடும் மாநில அரசு, குடிநீர் வழங்கு விரைவுத் திட்டத்தின் கீழ் இம்மாநிலத்தில் தெரிந்தெடுக்கப்பட்ட மாவட்டங்களில் கிராமக் குடிநீர் வழங்கு திட்டங்கள் பலவற்றை தமிழ்நாடு குடிநீர் வழங்கல்-வடிகால் வாரியத்தின் மூலமாக நிறைவேற்றியது. 1973-74 ஆம் ஆண்டு இறுதிக்குள் இத் திட்டத்தின் கீழ் 237 கிராமங்கள் பயனடைந் துள்ளன. தமிழ்நாட்டில் 58,595 கிராமங்களும் சிற்றூர்களும் இருக்கின்றன. இங்கு 2.56 கோடி மக்கள் வாழ்கின்றனர். 0.38 கோடி மக்கள் தொகை உள்ள 4,916 கிராமங்கள், சிற்றூர்கள் ஆகியவற்றில் பொதுப் பயனுக்கான குடிநீர் வாயில்கள் இல்லை. 0.19 கோடி மக்கள் தொகை உள்ள 2,230 கிராமங்களும் சிற்றூர்களும் நரம்புச் சிலந்தி முதலிய நோய்கள் பரவியுள்ள பகுதிகளில், அமைந்துள்ளன. இங்கு தூநீர் வழங்குத் திட்டங்களை நிறைவேற்ற வேண்டியது அவசியமாகும். இப் பிரச்சினைக்கு உடனடித் தீர்வு காணும் பொருட்டு, குடிநீர்ப் பற்றுக்குறையுள்ள நரம்புச் சிலந்தி முதலிய நோய்கள் பரவியுள்ள பகுதிகளில் தூநீர் வழங்குவதற்கு வகை செய்ய குறைந்த அளவுத் தேவைகளை நிறைவு செய்யும் திட்டத்தைப் படிப்படியாகச் செயல்படுத்த மாநில அரசு அனுமதி வழங்கியது. இதற்காக 1974-75 ஆம் ஆண்டில் 4 கோடி ரூபாய் நிதி ஒதுக்கம் செய்யப்பட்டது. குடிநீர்ப் பற்றுக்குறையுள்ள பகுதியி லிருக்கும் 646 கிராமங்களுக்கும் நரம்புச் சிலந்தி முதலிய நோய்கள் பரவியுள்ள பகுதிகளில் அமைந்துள்ள 1,041 கிராமங்களுக்கும் குடிநீர் வழங்க 1974-75-ல் வகை செய்யப்படும். 270 இலட்சம் ரூபாய் செலவில் சுமார் 1,500 கிராமங்களுக்குக் குடிநீர் வழங்கப்படும் வகையில் இத் திட்டம் தொடர்ந்து நிறைவேற்றப்படும்.

1975 மார்ச் 27]

POLICY NOTE ON PUBLIC HEALTH.

Thiru Chairman, Sir.

I rise to place the salient features of the Policy under Public Health before this House.

Policy.—Good health of the people is a prime necessity and is indispensable for the proper development and well-being of a nation. The Government, therefore, attach great importance to foster and promote it in keeping with the adage that "Health is Wealth". Health in comprehensive terms connotes physical, mental and social well-being. To achieve this objective, Government have undertaken several measures over a period of time. Provision of community health care including maternity and child health, improvement of nutritional standard of the people, prevention and control of communicable diseases, spread of health education, prevention of food adulteration, promotion of environmental sanitation, etc., come under these measures.

The expenditure on Water and Drainage Board is also included in the Budget.

I would now explain the highlights of the activities of the Public Health Department.

I. PROMOTION OF COMMUNITY HEALTH CARE INCLUDING MATERNITY AND CHILD HEATH.

(a) *Primary Health Centres.*—The Primary Health Centre-Rural Family Planning Unit constitutes an important and useful instrument of service in the rural areas. Honourable members are aware that there are 381 Primary Health Centres at present in our State covering 374 Panchayat Unions. Seven Panchayat Unions, viz., (1) Thurinjapuram, (2) Modakurichi, (3) Thoochanaickanpalayam, (4) Kilpennathur, (5) Vellakoil, (6) Attur, (7) Kodumudi have two Primary Health Centres each. The Primary Health Centres continue to cater to the needs of the rural people in the fields of maternity and child health, family welfare planning, inmmunisation against diseases, nutrition Education, medical care, etc.

Out of 381 Primary Health Centres, 188 have their own buildings. Buildings for 31 Primary Health Centres sanctioned in 1973-74 and for 42 Primary Health Centres sanctioned in 1974-75 are in various stages of progress. The recent ban imposed by Government of India due to financial constraints and difficulty in getting building materials like cement has to some extent affected the progress of work. Buildings for the other Primary Health Centres have to be constructed in a phased manner keeping in view the availability of financial resources, etc. In the Fifth Five-Year Plan under Minimum Needs Programme, the following are given due importance :—

(i) Construction of buildings for dispensaries and quarters for the staff.

(ii) Increased provision of drugs for the Primary Health Centres and Sub-centres.

There is a general feeling that adequate quantity of drugs is not supplied to the Primary Health Centres. This has been remedied to a large extent by increasing the financial limit of Rs. 4,500 per annum in 1971-72 to Rs. 12,000 per annum in 1974-75 for each Primary Health Centre. Similarly, the monetary limit of Rs. 600 for each sub-centre sanctioned in 1972-73 has been enhanced to Rs. 800 during 1974-75.

Although, as indicated earlier, the Primary Health Centres have been rendering useful service, still they are handicapped due to larger area and more people to be covered. The original concept of the Primary Health Centre was to cater to the needs of about 40,000 to 60,000. But in actual practice about 80,000 to 1 lakh population have to be covered in each Primary Health Centre. Because of sheer inability one Primary Health Centre is not able to cater to such a large population spread out in remote areas. In order to case the situtation and to make medical and health amenities available to the larger sections of the people, in the area, the State Government have addressed the Government of India for sanction of additional Primary Health Centres. Unfortunately, Government of India have pleaded their inability to accept this request. We feel that at least in Panchayat Unions with larger population and comparatively more backward areas, an additional Primary Health Centre is necessary.

1975 மார்ச் 27]

There are at present two medical officers in each Primary Health Centre. To facilitate the medical officers to visit the rural areas more frequently and to attend to the increasing load of work, Government propose to sanction a third medical officer in 100 Primary Health Centres covering bigger population to start with .

(b) *Maternity and Child Health Services.*—The main emphasis under these services is to ensure the safe birth of a healthy child to a healthy mother and safeguarding the health of both thereafter. For this purpose, mothers are given Ante-natal care. The Ante-natal registration is done by the Maternity Assistants/Auxiliary Nurse Midwives of Primary Health Centres and the various Maternity sub-centres in the Panchayat Unions.

Every pregnant mother is given a health check-up especially to detect any abnormality. Special emphasis is given to detect anaemia, signs of toxaemia and malnutrition. Anaemic mothers are given appropriate treatment and dietary advice. They are educated on infant feeding, immunisation schedules, childhood diseases, family planning methods, etc. Natal services are mainly domicilliary. The Auxiliary Nurse Midwives visit homes and follow up the care of the infant child. The health visitors supervise the work of the Auxiliary Nurse Midwives and organise and implement infant care, pre-school care, School Health Programme, Family Planning Programme, etc.

Under the Tamil Nadu Panchayats Act, 1958, the Panchayat Unions have the responsibility to open and maintain maternity centres. At present, maternity centres are established at the rate of one per ten thousand population. These centres are given Government grant equivalent to two-third of the recurring expenditure incurred by them in respect of the three sub-centres attached to the Primary Health Centres, and the rest of the Maternity and Child Welfare Centres run by the Panchayat Unions get 100 per cent Central assistance under the Family Planning Programme.

Maternity homes and centres run by the municipalities get Government grant equivalent to 25 per cent of the recurring expenditure incurred by them.

[1975 மார்ச் 27

In addition to these, Government have also established Maternity and Child Welfare Centres at 95 remote and backward villages. The total number of Maternity Centres in the State as on 1st January 1974 is 3,858.

(*c*) *D. P. T. Immunisation Programme.*—The scheme for immunisation against Diptheria, Tetanus and Pertusis started in the year 1964 is being continued through the Primary Health Centres for the benefit of children. Children below 5 years of age are covered under this programme. During 1964, the scheme was introduced in 164 Primary Health Centres. At present it is being implemented in all the Primary Health Centres. A Special D.P.T. Programme covering 20 Primary Health Centres has recently been started during the current year for the benefit of pre-school children. Extra staff of one Health Visitor for each of the 20 Primary Health Centres and 13 Public Health Nurses at the rate of one per district have been sanctioned for effective implementation of the scheme. For the year 1975–76, it is proposed to extend the scheme to 20 additional Primary Health Centres.

II. ADVANCEMENT OF NUTRITION.

Honourable Members are aware that there has been considerable debate and discussion in the world on malnutrition and its impact on national well-being and development. Even as nutritionists and planners in the world are seized of the problem and busy finding solutions, we are also equally anxious to continue our efforts to combat this malady.

Nutrition and diet surveys were taken in the blocks indicated below during the year 1974–75 to give base-line data for the implementation of the Applied Nutrition Programme in co-ordination with the Rural Development and Local Administration Department :—

District.	*Block.*	*Village.*
Dharmapuri.	Palacode.	Tatampatti.
Tiruchi	Tiruverumbur.	Navalpattu.
Kanyakumari.	Thakkalay.	Koothanallur.

Periodical surveys for every six months were also conducted in Porur village in Villivakkam block in Chingleput district. It is worth noting that so far two blocks each in Kanyakumari, Madurai, Tiruchirappalli and Dharmapuri districts and one block each in other districts in the State have been covered.

During the year 24 Health Inspectors and 25 Health Visitors from various districts underwent in-service training in Scientific Nutrition held at the Central Nutrition Bureau. Besides lectures, the training included demonstrations. field trips and film shows, special classes on Nutrition were conducted for the students undergoing dieticians course in Voluntary Health Services, Adyar.

Similar programmes will be conducted during 1975–76 also.

Supplementary Feeding Programme.—This programme was started in the year 1950 with UNICEF assistance to remove malnutrition among pre-school children, expectant and nursing mothers. From 1970, this programme is being emplemented with the assistance of CARE with supplies gift food articles. At present, there are 2,440 feeding centres located in Primary Health Centres, Municipalities and Panchayat Unions. About 98,000 persons are getting the benefits daily. The total quantity of 5,65,500 lbs. of food articles worth about Rs. 78 lakhs was received and distributed so far during the current year.

Indications are that we will continue to get the assistance from CARE for the year 1975–76 and subsequent years.

III. PREVENTION AND CONTROL OF COMMUNICABLE DISEASES.

(*a*) *Cholera.*—Our State is considered to be one of the endemic States for Cholera in the country. The following 4 districts are the endemic areas :—

(1) Tiruchirappalli;

(2) Coimbatore;

(3) North Arcot;

(4) South Arcot;

The Special features of Cholera Control Programme are the existence of 7 Mobile Epidemic Control Units, 3 Epidemic Control Units and a Cholera Combat Team in Thanjavur, North Arcot and Tiruchirappalli districts. An additional team is to be formed during 1975–76 for the district of South Arcot. In addition we have a reserve of 64 Inspectors who are to be utilised in the affected areas. Special cholera workers are employed in these four endemic districts. These workers are meant to gather epidemic intelligence, do water-supply chlorination and to take specimens for bacteriological examination. There is also an Epidemiological Unit attached to headquarters which has got a mobile laboratory also and this is used for investigation and control during outbreaks. Cholera combat teams are meant to carry out both treatment and extension of control measures in the affected areas.

The number of innoculations performed by the team is given below :—

1972—1,469,731

1973—1,430,616

1974—1,725,434

1975 (up to 8th February 1975)—65,221

(b) *Smallpox Eradication Programme.*—Smallpox Eradication Programme was launched in our State in 1963–64. The obejctive of the programme was to cut down the transmission of smallpox cases in the community through (*a*) systematic primary vaccination of infants and re-vaccination of the population and (*b*) through active and prompt detection of every case of smallpox that may occur in the Community. As a result of sustained and effective work our State is declared as free from smallpox. This may be seen in the background of 9,241 attacks and 2,559 deaths in 1963 as against 15 stray attacks and four deaths during the year 1974–75. Even these 15 attacks were largely imported from Bihar. With the assistance and collaboration of the World Health Organisation, intensive active search for smallpox cases was made in all the districts during 1973–74 to spot out smallpox. *THE RESULT OF THE SEARCHES REVEALED THAT THE STATE IS FREE FROM SMALLPOX.* Intensive searches will be continued every two months during 1975–76 also in all the districts. A Smallpox Special Surveillance Team with the aid of World Health Organisation is also functioning. This team rushes

to districts as and when suspected cases are reported. During 1974-75 (up to November 1974), 1,136,265 Primary vaccinations and 5,027,708 re-vaccinations were performed. On a request from Government of India, two Assistant Directors of Health Services and Family Planning and one Health Officer were deputed to work as Special Epidemologist for smallpox containment measures in Bihar and Uttar Pradesh.

(c) *Plague*.—This was a major problem in the past. As a result of intensive measures taken, the State is completely free from plague since 1964. However routine anti-plague measures are carried out in the endemic areas of North Arcot, Coimbatore, Dharmapuri and the Nilgiris districts.

(d) *Malaria*.—In this State, a bureau for malaria and mosquito borne diseases exists at the Headquarters (viz) Madras with facilities for training, research and investigation. There are two regional organisations for insect control at Thanjavur and Coimbatore with facilities for training, surveys and inspections.

Our State has been implementing the National Malaria Eradication Programme from 1958–59. For this purpose the State was divided into 31.45 Units. The programme was implemented in three phases (viz) attack, consolidation and maintenance phase where intensive search for Malaria cases and their radical treatment are undertaken. 28.40 units where Malaria was eradicated are in the maintenance phase of the programme, under which vigilance activities are carried out to detect Malaria cases of imported or indigenous origin and anti-focal measures are undertaken to eliminate Malaria foci. The whole programme is now passing through a critical stage, and due to some technical and operational reasons, case occurrence has increased considerably. So far, during the year 1974 about 19,953 cases of Malaria were detected mainly in Salem, Dharmapuri, North Arcot and Ramanathapuram districts and in the towns of Salem, Rasipuram, Erode, Vellore and Madras City. Out of these, about 17,948 cases were recorded in maintenance areas, the bulk of which came from problem areas in Ramanathapuram, North Arcot and Dharmapuri districts. These problem areas where Malaria becomes re-established due to the importation of cases, posed operational difficulties due to poor communication, difficult terrain, widely scattered houses and movement of population. Best efforts were made by

mobilising men and materials to control the situation. Government of India have also been appraised of these problems and they have promised to depute their experts to probe into the technical problems in consultation with our team.

Under consolidation phase, the Government of India meet the total expenditure on unit areas minus the committed level of expenditure. In respect of supervisory staff at headquarters and zonal level, the Government of India meet 25 per cent of the total expenditure, and the balance 75 per cent is met by the State Government.

In the areas which have entered the maintenance phase, Basic Health Services have been set up from 1st April, 1969. 353 Panchayat Unions are in the maintenance phase areas. The staffing pattern for the Basic Health Services is as follows :—

One Basic Health Worker for 10,000 population.

One Basic Health Inspector for every four Basic Health Workers.

One Laboratory Assistant for each Primary Health Centre.

The Basic Health Workers are multi-purpose workers catering to the needs of the vigilance services for Malaria and Smallpox Eradication Programme, in the maintenance phases areas.

The Basic Health Services was a Centrally Sponsored Scheme during the Fourth Plan. But during the Fifth Plan, the State Government have to meet the expenditure.

There are 3,199 Basic Health Workers, 738 Basic Health Inspectors and Malaria Health Inspectors and 353 Laboratory Assistants employed under Basic Health Services.

(c) *Urban Malaria.*—Four Local bodies, viz., Salem, Rasipuram, Tuticorin and Madras City are implementing the Centrally Sponsored Urban Malaria Schemes since 1972-73. The schemes sanctioned for Elampillai Town Panchayat is being taken up for implementation as a departmental scheme. These schemes are to be continued during the Fifth Five-Year Plan also.

1975 மார்ச் 27]

The expenditure incurred by local bodies in implementing these schemes (except Madras City) will be fully reimbursed by the Government of India with regard to their operational costs, minus the committed level of expenditure. For Madras City being a cosmopolitan city, Government of India gives only material assistance. The materials and equipments required for these schemes will be supplied free by the Government of India.

(*f*) *Filaria*.—About 13 million people live in Filaria endemic areas in our State.

The National Filaria Control Programme launched in this State in 1957-58 with four control units in the districts of Chingleput, South Arcot, Thanjavur and North Arcot is being continued. Each unit has a Filaria Officer, one Entomological Assistant, six Health Inspectors, six Field Assistants, four laboratory assistants and 60 mazdoors. It carries out anti-larval operations. The mosquito larvicidal oil for these units is supplied by Government of India as Central Assistance whereas the operational cost is met from the State Funds.

In order to reorganise the programme to cover more areas eight new control units were established during the Fourth Plan period with concurrent augmentation of the existing four units. In all 4.5 million population are benefited by this scheme. During the Fourth Five-Year Plan period, full Central Assistance on operational cost and material and equipment was available for the reorganised units. But during the Fifth Plan period, Central Assistance will be available only in respect of material and equipment whereas the operational cost will be met from State funds.

In addition to the above 12 Control units, Government of India propose to establish additional components of one Survey Unit four Control Units and 81 Filaria Clinics during the Fifth Plan period in stages. Final clearance from Government of India is awaited.

To remove bottlenecks and to ensure smooth co-ordination between the Control Units and organisations like Municipalities. Co-ordination Committees have been formed in Cuddalore, Chidam-

baram, Villupuram, Kumbakonam, Nagapattinam, Thanjavur, Mannargudi, Tiruvarur and Pudukottai. The Committee would meet once a quarter and co-ordinate the operations.

(g) *Grants-in-aid Schemes.*—The National Filaria Control Programme is being implemented by the Health Department. The local bodies are also in charge of Anti-Filaria and Anti-Malaria Schemes. A portion of the expenditure on these schemes is reimbursed by the State Government. So far, 171 local bodies are implementing the scheme. More local bodies are expected to undertake this scheme during 1975–76. Two regional organisations at Thanjavur and Coimbatore inspect and evaluate the progress in the implementation of the schemes.

(h) *Yaws.*—This disease is a highly contagious, non-venereal trophical disease caused by a type of microscopic organism called "Treponema Pertenue" which is identical to the organism which causes syphillis. Unlike Syphillis, Yaws is transmitted by non seuxal contact. It spreads from person to person by direct contact and also by flies. Injured skin of a person or presence of minor skin disorders like boils, abscess, impetigo, etc., favour the growth of the organism thereby causing primary lesion in a person who has hitherto not suffered from Yaws. Poor environmental sanitation and lack of personal hygiene also contribute to the spread of Yaws.

Yaws was found widely prevalent among the socio-economically backward people. During the year 1956, a survey of the prevalance of Yaws among the residents of Harijan population in Avanashi taluk of Coimbatore district was conducted. This resulted in the starting of a control programme in 1959, in Avanashi taluk. The Yaws Control Scheme, with two units at Uttukuli and Perundurai was in operation for one year from the middle of 1960 to May 1961. Under the Third Five-Year Plan, a scheme at a cost of Rs. 8 lakhs to eradicate the disease was sanctioned. The Yaws Eradication Programme was implemented from 1st June 1961 with eight units with headquarters at Coimbatore, Perundurai, Pollachi, Gobichettipalayam, Sathyamangalam, Bhavani, Udumalpet and Dharapuram. The Yaws cases that were detected by the above units were treated then and there. During the

1975 மார்ச் 27]

middle of 1967, the work in Coimbatore district was completed and therefore the number of units was reduced to three units and shown, 975 films were distributed forr screening purposes. palli.

The three units at Periakulam, Palani and Karur are functioning from 1966 onwards, manned by three Health Inspectors and under the direction of a Special Health Officer stationed at Dindigul. A new unit was started in Dharmapuri in 1971. A survey in Salem and South Arcot districts revealed that Yaws cases are prevalent. To check them, two more units were created and they are functioning at Cuddalore and Kolli Hills from June 1974. Up to December 1974, 764 villages were surveyed, 220 cases recorded and 90 cases were treated.

(i) *Guinea Worm.*— The main sources for this disease in the State are " Step wells " and ponds. To combat this disease a Guinea Worm Eradication Programme has been functioning in all the Districts except Chingleput, Kanyakumari and the Nilgiris. The endemic areas are divided into six units. Each Unit has an Entomological Assistant, Health Inspector, Field Assistants and other Auxiliary staff.

The main object of the programme is to eliminate the guinea worm vector, namely the cyclops, from the drinking water sources in endemic villages by treating the drinking water sources with D.P.T. 50 per cent water wettable powder, at a dosage of 5 parts D.D.T. per million parts of water. By doing so, the vector population is completely destroyed or kept at minimum, thereby breaking the chain of transmission. Besides, all guinea worm patients are treated by dressing the affected parts with cotton soaked in 4 per cent carbolic lotion and they are supplied with A.P.C. tablets to alleviate the pain and sulphadiazine to eliminate secondary infection, if any.

Health Education is being conducted by the Guinea Worm Eradication Programme staff in the villages. During the year 1974, 148 cases were detected and treated. The Programme will be continued during 1975-76 also.

(*j*) *Kala Azar.*—This disease was presenting initial problem to the State. During the National Malaria Eradication Programme, as a result of D.D.T. spray, the density of sand flies was reduced and the disease virtually disappeared for a number of years. When the National Malaria Eradication Programme entered the maintenance phase, D.D.T. Spraying was stopped resulting in the reappearance of Kala Azar. The Kala Azar Control Scheme is now functioning with a Unit at Ramanathapuram. The Unit consists of an Entomological Assistant, three Health Inspectors and fifteen Field Assistants. This Unit surveys the endemic areas in Ramanathapuram district to find out Kala Azar cases and to take remedial measures. The detected cases are sent to the Primary Health Centre or the nearest Government Hospital for treatment. Up to December 1974, 2,478 villages were surveyed. Six cases were detected and 4,080 sand flies were collected.

IV. REGISTRATION OF VITAL STATISTICS.

Vital Statistics form the basic indicators of Community Health. Proper and timely collection and collation of births, deaths, etc., are necessary to plan perspectively to implement the programmes and to evaluate the progress of the programmes. Correct vital statistics are indispensable for planned development. With these as objectives several administrative and educative steps have been taken in our State. The following are the important steps :—

(*a*) Setting up of Mechanical Tabulation Unit at State Headquarters;

(*b*) Strengthening of District Level Organisation;

(*c*) Strengthening of the Vital Statistics Organisation in the Corporation of Madras and eight major Municipalities (including Madurai which is now a Corporation) whose population crossed one lakh as per 1961 census.

(*d*) Implementation of Sample Registration Scheme; and

1975 மார்ச் 27]

(*e*) Implementation of Model Registration Scheme. The Sample Registration Scheme is helpful in estimating vital rates and growth rates of population. The Model Registration Scheme's main aim is to find out the mortality pattern in rural area by post-mortem enquiry of the facts and circumstances of deaths.

The Birth rate recorded in our State during the year 1973 was 23.4 per 1000 mid-year estimated population. The death rate was 8.2 per 1000, mid-year estimated population. The infant mortality rate was 49.4 per 1000 live births.

V. SCHOOL HEALTH.

A Scheme of Medical check up for school children is in force in 18 Primary Health Centres.

As per the Scheme, the Medical Officers of these selected Primary Health Centres examine 2,000 School children in the age group of 6-11 years per annum. The School Children showing signs of ill-health are supplied with medicines and diet supplements by the Medical Officers of the Primary Health Centres. In cases where specialised treatment is necessary they are referred tc the nearby hospitals for treatment.

Two Urban Medical Units have also been established at Tiruchirappalli and Coimbatore. Each Medical Officer will have to examine 10,000 School Children per annum and follow them up.

During 1973-74, 56,670 children were examined. During 1974-75 (up to 30th September 1974) 35,274 school children were examined.

During 1974-75 the Scheme was extended to 3 more towns namely, Kancheepuram, Cuddalore, Thanjavur and twen Primary Health Centres.

During 1975-76, we propose to extend this Scheme to 5 more Primary Health Centres.

MADRAS CITY

The scheme of general health check-up of school children is implemented in the city of Madras from August 1972. This is a pilot project and out of the total school population of 6 lakhs in Madras city, nearly 1.2 lakh students of the 1st and VI standards have been taken up under the scheme. The city has been divided into six units and each unit is in-charge of cell headed by an Assistant Professor of Paediatries. About 27,000 school children studying in 320 Corporation schools have been screened during 1974-75 and during the next academic year, children of Government and aided schools will be covered.

VI. HEALTH EDUCATION BUREAU.

The State Health Education Bureau was established during the year 1960. Since then, it has grown up steadily and now it has all the five divisions recommended by the Government of India—

1. Administrative and Study Unit.
2. Media.
3. Field Study and Demonstration Centre.
4. Student Health Education Unit and
5. Health Education Teacher Training Unit.

The chief aim of the Health Education Bureau is to help people to achieve better standards of Health through their own action and efforts. In addition, it aims to educate the people to shoulder the responsibility for their health. In order to achieve this, the State Health Education Bureau plans and implements different training and Educational activities aimed at enlisting the participation and support of the public for the Health Programme and policies of the State.

The State Health Education Bureau is conducting in-service training for the Primary Health Centre Staff. So far, all the districts have been covered through 32 batches of training of programme. During 1974–75, three batches have completed training.

(a) *Administration and Study Unit.*—The Unit is at present fully concentrating on the Role Perception Study of the Primary Health Centre. Data have been collected from 55 Primary Health Centres and the same is under analysis.

(b) *Media.*—The main objectives of the Media Wing is to prepare, acquire, to train and distribute various Health Education materials. The State Public Health Press started during 1971 attends to the printing work of the department, especially publications on Health subjects like posters and pamphlets. A total of 218 publications were issued. There is also a Film Library in which there are 527 films and 327 filmstrips on various Health subjects. They are distributed on loan basis/free of cost to various departmental and voluntary organisations in the State for screening. Cinema slides are prepared on Health topics and distributed for screening. During 1974-75, 900 cinema slides were prepared and shown, 975 films were distributed for screening purposes. About 200 film shows were conducted in and around city to educate the public.

The Exhibition Unit conducted 15 exhibitions while the Puppetry Unit conducted 40 shows during 1974-75.

Thus, by the above activities, the media division educates the public on matters relating to health.

(c) *Field study and Demonstration Centre.*—The team concentrates its activities in the Primary Health Centre in Velacheri area. Nutrition lessons are prepared and taught to the students of Standards VI of the Government High School, Pallikarani and also in the Corporation Middle School, Nungambakkam. A few schools were chosen in the Velacheri area for Medical Inspection and medicines were distributed to the pupils. People in Kanagam village were educated about R.C.A. type latrines and 12 R.C.A. type latrines were also constructed.

(d) *Student Health Education Unit.*—The Unit is engaged in preparing a guide book on health for teachers of VI and VII Standards covering topics on personal hygiene, communicable and non-communicable diseases, nutrition, etc. The Unit also conducted a study regarding the existing health conditions in 293 schools from 14 Primary Health Centres to find out the real Health conditions of the rural elementary schools. The study report has been sent to the Director of School Education for taking necessary action.

(e) *Teachers Training Unit.*—The Unit imparts training in health education to the Teachers working in the Teachers Training Institutions in the State. Each batch usually consists of 20 to 25 teachers and the duration of the course is 45 days. Recently, the duration of the course has been reduced to 30 days in order to increase the number of batches in a year from 4 to 6. The object of training the teachers is to develop an understanding of the role of teachers in the promotion of health in school and in the community. So far, 15 batches have been trained. The training for the 16th batch has just commenced. Two schools, one at Porur and another at Nandanam were selected for Field Practice to the trainees where they were given an opportunity to practice health teaching. Health Services were also provided to the pupils of the two schools.

(f) *State Health Educational Council.*—There is a State Health Education Council with the Hon'ble Minister for Health as Chairman, comprising of certain Heads of Departments select Secretaries to Government, representatives of the Legislative Assembly and Legislative Council and Voluntary bodies. The Council helps to review and guide the Health Education activities of the State Health Education Bureau. So far it has met on twelve occasions.

(g) *Institute of Public Health, Poonamallee.*—The Institute of Public Health, Poonamallee, consists of the following three wings :—

1. Health Unit
2. Orientation Training Centre; and
3. Research-*cum*-Action Project.

The Health Unit was started in 1935 with the aid of the Rockefeller Foundation. Subsequently, it was taken over by the Government of Tamil Nadu, when the aid of the Rockefeller Foundation ceased. The objects of the Unit are :—

1. To improve the Public Health in rural areas by providing intensive health services as an experimental measure;

2. To demonstrate what could be done for the preventive aspect of health needs on rural population by a well organised public health effort; and

3. To offer facilities to train medical and para-medical personnel in all aspects of Public Health.

The functions of the Unit are, provision of maternity and chil health services, family planning, control of communicable diseases, environmental sanitation, health education, compilation of vital statistics and conducting of training programmes.

During 1974, 5,210 mothers were under the care of Health Unit, while 2,584 births occurred in 1974.

The Family Planning work is carried out in co-ordination with maternity and child health services. The Family Planning Clinics are being conducted along with Maternity and Child Health clinics. 252 males and 2,423 females were motivated for the Family Planning during 1974. Eleven males have undergone vasectomy operation and 213 females have undergone tubectomy operation.

The Health Unit takes part in all the other regular public health activities like control of communicable diseases, environmental sanitation, Health Education, etc. The House Surgeons from Madras Medical College and the pupil nurses from Stanley Medical College are being regularly posted to Health Unit for intensive training in Public Health and other aspects. In 1974, 282 House Surgeons were given training by the Health Unit. The medical and para-medical trainees were made to study the rural health problems through community health survey work. The trainees were made responsible to undertake certain health programmes like vaccination, etc. They were also involved in the mass health education programmes.

(*h*) *Orientation Training Centre.*—This was started in 1954 with the aid of the Ford Foundation. After the cessation of the aid by the Ford Foundation it was taken over by the State Government. Training is given to orient the inservice medical and paramedical personnel of the Primay Health Centres. The objectives of the training are—

1. To develop a spirit of team work among the various health personnel of the Primary Health Centre complex and to give them job and problem oriented training.

127-9—32

[1975 மார்ச் 27

2. To give practical training to the health personnel working in the Primary Health Centres in rural health work.

Originally this centre was used as training centre by neighbouring States also. Subsequently, these States have developed centres in their area and now this caters for our State only.

So far 105 batches have undergone training. The training for 106th batch is now going on.

(i) *Research*-cum-*Action Project*.—This was started in 1956 with the aid of the Ford Foundation to launch a research programme to improve the techniques to work and the methodology of approach in bettering rural sanitation programme. Research was done first on a rural latrine programme for four years from 1956–60 to evolve a cheap and simple way of providing sanitary flushout latrines in every household. The project was taken over by the Government after the Ford Foundation Aid ceased in the year 1961.

During the year 1974, a Scheme costing Rs. 1.25 lakhs for constructing 1,000 latrines in four Town Panchayats (viz.) Villivakkam, Poonamallee, Walajabad and Tiruthani was taken up by the Institute of Public Health, Poonamallee. In these four Town Panchayats, 1,000 latrines have been constructed. There is also a conversion programme to convert dry earth latrines into R.C.A. latrines. The State Harijan Housing Development Corporation, Madras, requested the Research-*cum*-Action Project to manufacture 2,500 R.C.A.P. latrines for the houses to be constructed for Harijans in many villages of the State. The work has commenced. A Scheme for the conversion of the existing dry earth type of latrines in selected Panchayats of Chingleput, Thanjavur and Madurai Districts at a cost of Rs. 5 lakhs has been sanctioned.

To make the public realise the importance of R.C.A.P. latrines regular educational sessions were conducted. Nutritional studies have been started in Valarpuram village. The CARE organisation has agreed to arrange for the supplementary feeding programme in this village and the same will be implemented in 1975, with the help of Sriperumbudur Panchayat Union and Village leaders.

1975 மார்ச் 27]

VII. PREVENTION OF FOOD ADULTERATION.

Government give great importance to the prevention of adulteration of food articles to safeguard the interest of the consumers. Compared to the previous year, there has been an improvement in the detection of adulteration cases and in the implementation of Prevention of Food Adulteration Act, 1954. Since the Act has to be implemented mainly through the local bodies, still about 2/3rd areas comprising the rural parts in the State remains to be covered. The following three laboratories in the State are now rendering Analysis Services :—

(i) Food Analysis Laboratory run by the Corporation of Madras.

(ii) Food Analysis Laboratory at King Institute, Guindy.

(iii) Food Analysis Laboratory, Coimbatore.

Up to 30th December 1974 all the three laboratories have analysed 18,341 food samples. Out of these, 4,864 samples were found to be adulterated. Out of 4,321 prosecution cases launched, 3,088 cases ended in conviction and 38 persons were acquitted. Other cases are pending. The total fine realised amounted to Rs. 7,49,231.50. To augment the laboratory facilities in the State, Food Laboratories, one each at Madurai and Thanjavur sanctioned in the year 1974–75, are nearing completion. Two additional laboratories, one each at Palayamkottai and Salem are proposed for the year 1975–76. For effective enforcement of the Act, a Food Cell with a Health Officer is functioning at headquarters. It is closely supervising food inspectors besides surprise checks of food articles. Adequate publicity against adulteration is also given through the media of newspapers, posters and radio. Government have decided to reconstitute the State Advisory Committee on Prevention of Food Adulteration by including three non-officials representing Consumers' interests and six non-officials representing the traders' interests in order to enlist their co-operation in preventing adulteration.

VIII. MISCELLANEOUS.

(a) *Fairs and Festivals.*—During fairs and festivals, adequate sanitary arrangements are made under the supervision and direction of the Health Department. Wherever necessary, additional

staff are also posted. The Mobile Epidemic Units and Cholera Combat Teams are also pressed into service when necessary. Anticipatory anti-cholera work, etc., are also undertaken to avoid outbreak of the epidemic.

(b) *Environmental Hygiene.*—With the process of industrialisation gathering momentum, the problem of pollution, Air, water and surface assume urgency and importance. This Government have been aware of this problem and have initiated several measures to tackle it. At present, the Directorate of Health Services and Family Planning is inspecting and advising the industrialists on the disposal of effluents. It is also enforcing the Rules and Regulations relating to Tamil Nadu Public Health Act, 1939, District Municipalities Act, 1920, Tamil Nadu Panchayats Act, 1958, etc. The Water and Sewage Purification Committee with the Director of Health Services and Family Planning as Chairman processes the applications from the industrialists and advises them on the remedial and corrective measures. In addition, Government have appointed a Special Officer in the grade of Chief Engineer to study in depth the problem of pollution in all its aspects, to assist and co-ordinate with the Directorate of Health Services. The Special Officer and the Directorate have initiated the following steps:—

(i) Pollution problems in respect of thirteen industries have been investigated.

(ii) Project reports for nine industries to abate pollution in the State have been prepared and given to the State Planning Commission.

(iii) Four Project reports on pollution have been prepared and sent to the Department of Science and Technology, Environmental Planning and Co-ordination, New Delhi.

(iv) The Special Officer and other officers of the Directorate as Members of the Water and Sewage Purification Committee, have visited and studied the pollution effects, characteristics and effluents treatment methods of 11 industries.

(v) The Special Officer of this Department, as a Member of the Environmental Research Committee of the Department of Science and Technology (New Delhi) is advising the Environ-

mental Research Committee in identifying, initiating and evaluating the proposed Research and Development Programme for the Fifth Plan.

It is proposed to have further dialogues with the industrialists and others to devise ways and means to contain and subsequently eliminate pollution.

WATER SUPPLY AND SANITATION.

	(RUPEES IN LAKHS)
This comprises the following items :—	
Sewerage Scheme	6.19
Urban Water Supply Schemes	17.51
Rural Piped Water Supply Schemes	325.01
Other Rural Water Supply Schemes	0.92

TUTICORIN WATER SUPPLY PROJECT.

The work on the 20 million gallons daily water supply project for the Tuticorin Industrial Complex is nearing completion. Pilot Water Supply to the Southern Petro-Chemical and Industries Corporation one of the beneficiaries has been effected from 1st November 1973. The project will be completed in all respects during 1975-76.

Under the UNICEF assisted programme for rural water-supply schemes in villages characterised by scarcity and endemic conditions, up to the end of 1973-74, 1,250 bore wells have been sunk in 675 villages and water supply provided. During 1974-75, 1,500 bore wells are expected to be drilled and water supply arrangement provided at a cost of Rs. 50 lakhs. During the year 1975-76, 1,500 bore wells will be put up in 600 villages at an estimated cost of Rs. 55 lakhs.

MINIMUM NEEDS PROGRAMME IN THE RURAL AREAS.

Provision of protected water-supply in all rural areas has been a major objective of the State. In accordance with this policy and with the Government of India's aid, the State Government through the Tamil Nadu Water Supply and Drainage Board

executed a number of Rural Water Supply Schemes in selected Districts of the State under the *Accelerated Water-Supply Programme*. Two hundred and thirty-seven villages have been covered under this scheme by the end of 1973–74. In Tamil Nadu there are 58.595 villages and hamlets, where 25.6 million people live. Four thousand nine hundred and sixteen villages and hamlets with a population of 3.8 millions do not have any public source of water-supply. Two thousand two hundred and thirty villages and hamlets with a population of 1.9 million are situated in areas where diseases are endemic and require protected water-supply schemes. In order to solve this problem most expeditiously the State Government sanctioned the implementation of a Minimum Needs Programme for provision of protected water-supply both in the scarcity and endemic areas according to a phased programme, with a provision of a sum of Rs. 4 crores for the year 1974-75. Drinking water-supply will be provided to 646 villages in the scarcity area and 1,041 villages in the endemic area during 1974–75. The programme will be continued with anticipated coverage of about 1,500 villages at a cost of Rs. 270 lakhs.

ANNEXURE.

Expenditure on Public Health.

The particulars regarding the amount spent on Public Health during each year from 1967–68 in our State are as follows:—

Year. (1)	*Amount.* (2) (RUPEES IN LAKHS.)
1967–68	519.25
1968–69	595.60
1969–70	748.06
1970–71	850–08
1971–72	1,143.17
1972–73	1,610.73
1973–74	1,542.33
1974–75	1,576.63 (B.E.)
1975–76	1,625.76 (B.E.)

1975 மார்ச் 27]

நகர்ப் பகுதி வளர்ச்சி கொள்கைபற்றிய குறிப்பு.

கடந்த இருபதாண்டுகளில் நகரப்பகுதிகளின் வளர்ச்சி மிக அதிக அளவில் உயர்ந்து வந்துள்ளது. முறையாகவும் கவனமாகவும் தயாரிக்கப்பட்ட நகர்மயமாக்கும் கொள்கையொன்று இல்லாமலேயே இந்த நகர்ப்பகுதி வளர்ச்சியை இவ்வாறே நீடிக்க அனுமதிப்போமாயின், அந்நிலை, நகர்ப்பகுதியில் வாழும் மக்களுக்கு உரிய இடவசதி கிடைப்பதுமட்டுமின்றி, அந்த நகரப் பகுதிகளின் பொருளாதார அமைப்பு, சுற்றுப்புறச் சூழ்நிலை ஆகியவற்றிலும் சமநிலையற்ற ஏற்றத்தாழ்வுகளை ஏற்படுத்தி விடுவது உறுதி. அப்படிப்பட்ட முறையற்ற வளர்ச்சிக்கு இடம் விடாது, ஒரு முறையான நகர்மயமாக்கும் கொள்கையை உருவாக்குவது என்றால், அது, பொதுவான பரந்த வட்டாரச் சூழலுக்குள்ளேயே வகுக்கப்பட முடியும். மேல்மட்டத்தில் வட்டாரத் திட்டங்களுடனும், உள்ளூர் அளவில், நகரப் பகுதிகளுக்கான விரிவான வளர்ச்சிக்கு வகைசெய்யும் பெருந்திட்டங்களுடன், விரிவான அடங்கல் திட்டங்களைத் தயாரிப்பதற்கு வசதியாக, நகர-நாட்டுப்புற அமைப்புத் திட்ட இயக்குநர் அலுவலகம் சீரமைக்கப்பட்டுள்ளது. நவீன நகர-நாட்டுப்புற அமைப்புத் திட்டச் சட்டம் இயற்றப்பட்டுள்ளது. நகர-நாட்டுப்புற அமைப்புத் திட்ட இயக்குநர் அலுவலகத்தின் பணி சீரமைக்கப் பட்டு கீழ்க்காணும் அலுவல் பிரிவுகள் மேற்கொள்ளப் பட்டுள்ளது :—

(a) வட்டாரத் திட்டங்கள்,

(b) நகரங்களுக்கான பெருந்திட்டங்கள்,

(c) நகர மையங்களுக்குள்ளாகத் தெரிந்தெடுக்கப்பட்ட பகுதிகளுக்கு விரிவான வளர்ச்சித் திட்டங்கள்,

(d) பயணிகள்—போக்குவரத்துப் பிரச்சினைகள் குறித்து ஆய்வுகள் நடத்தும் போக்குவரத்துப் பிரிவு,

(e) திட்டமிடும் வேலைத் திட்டங்களுக்கு உதவச் செயல்முறை ஆராய்ச்சி செய்யும் பொது ஆராய்ச்சிப் பிரிவு.

இந்தப் பிரிவுகளுக்குதவ 8 வட்டார அலுவலகங்கள் உள்ளன. அவை மாநிலத்தில் மிக முக்கிய நகரங்களில் அமைந்துள்ளன. இந்த வட்டார அலுவலகங்கள் தலைமையிடத்திலுள்ள சிறப்புப் பிரிவுகளுக்கு உதவுவதோடன்றி, தமது அதிகார வரம்பிற்கு

உட்பட்ட உள்ளாட்சி மன்றங்களுக்கு நகர-நாட்டுப்புற அமைப்புத் திட்டம் குறித்த பொருள்களில் தொழில் நுட்ப ஆலோசனையும் வழங்குகிறது. நகர-நாட்டுப்புற அமைப்புத் திட்ட இயக்குநர் அலுவலகத்திலுள்ள அலுவல் திட்டப் பிரிவுகள் பின்வரும் பணிகளை மேற்கொண்டுள்ளன :—

(அ) வட்டாரத் திட்டமிடுதல் :

வட்டாரத் திட்டமிடுதலின்மூலம்.

(i) உருவாகிவரும் நகரக் குடியேற்றப் பகுதிகளின் வளர்ச்சி வரிசைப் (Hierarchy) படுத்தல் ;

(ii) வட்டாரத்தின் பொருளாதார வளவாயில்களின் மூலக் கூறுகளைத் தெளிதல் ;

(iii) வட்டாரங்களுக்கான வளர்ச்சித் திட்டங்களைத் தொலை நோக்குடன் தயாரித்தல்.

மேற்சொன்ன குறிக்கோள்களை எய்தும்பொருட்டு வட்டார வளர்ச்சித் திட்டமிடுதலுக்கான வரைப்படம் தயாரிக்கும் பணியை அரசு ஏற்கெனவே தொடங்கியுள்ளது. இம்மாநிலம் இயற்கை அமைப்புக்கேற்ப அத்தகைய எட்டு வட்டாரங்களாகப் பிரிக்கப் பட்டுள்ளது. அவையனைத்திற்கும் வட்டார வரைவுத் திட்டங்கள் வகுக்கப்பட்டுள்ளன. வட்டாரத்திற்குள்ளாகச் சிறு பகுதிகட்குத் துணை வட்டாரத் திட்டங்களைத் தயாரிக்கவும், நடவடிக்கை தொடங்கப்பட்டுள்ளது. அவற்றில் எதிர்காலத்தில் நகரப் பகுதி வளர்ச்சி அமையும் முறை விரிவாக விளக்கப்பட்டிருக்கும் ; மேலும் உருவாகக்கூடிய நகரப் பகுதிகளின் வளர்ச்சி வரிசை முறையும் அவற்றில் குறிக்கப்பட்டிருக்கும் ; தவிரவும் ஒவ்வொரு பகுதியிலும் வாழக்கூடிய குறைந்த அளவு மக்கள் தொகையும் குறிப்பிடப்பட்டிருக்கும். மாநிலம் முழுவதற்குமான வட்டாரத் திட்டங்களுக்கு இறுதி வடிவம் கொடுப்பதும், விரிவான துணை வட்டாரத் திட்டங்களைத் தயாரிப்பதும் வரும் இரண்டாண்டுகளில் முடிக்கப்படும்.

(இ) நகர்ப்புறங்களுக்கான பெருந்திட்டங்கள் :

எல்லை வரையறுக்கப்பட்ட இம் மாநிலத்திற்குள் உள்ள எட்டு திட்டப் பிரிவுகளுக்காக ஏற்கெனவே தயாரிக்கப்பட்ட வட்டாரத் திட்டங்களில் உள்ள அமைப்பிற்குள் இம் மாநிலத்தில் நகர்ப்புற

1975 மார்ச் 27]

வளர்ச்சித் திட்டத்தைச் செயல்படுத்தக் கருதப்பட்டுள்ளது. சென்னைப் பெருநகர் பகுதியில் நகர்ப்புற வளர்ச்சிப் பிரச்சினைகள் மிகவும் சிக்கலாக இருப்பதால், இப் பெருநகர் வளர்ச்சி குறித்துப் பாகுபாடற்ற நாட்டம் செலுத்தும் பொருட்டு சென்னைப் பெருநகர் வளர்ச்சி அதிகார மன்றம் என்றழைக்கப்படும் தனிப்பட்ட அதிகார மன்றத்தின்கீழ் இப் பெருநகர் வளர்ச்சித் திட்டங்களை நிறைவேற்ற முடிவு செய்யப்பட்டுள்ளது. பெருநகரப் பகுதிக்கான வளர்ச்சித் திட்டங்கள் பற்றிய விவரங்கள் இதில் மற்றோரிடத்தில் கொடுக்கப்பட்டுள்ளன.

வட்டாரத் திட்டத்தில் குறிப்பிடப்பட்டுள்ள நகர்ப்புற பகுதிகளின் மரபுவழி அடிப்படையில், இம் மாநிலத்தில் உள்ள 24 பகுதிகளுக்கான பெருந்திட்டங்கள் தயாரிக்கப்பட்டுள்ளன. 14 பகுதிகளுக்கான திட்டங்கள் தயாரிக்கப்பட்டு வருகின்றன. இந்த நகர்ப்புறப் பகுதிகள் ஒவ்வொன்றிற்கும் உள்ளூர் திட்டமிடும் அதிகார மன்றத்தை ஏற்படுத்த 1971 ஆம் ஆண்டு நகர்-நாட்டுப்புற அமைப்புத் திட்டம் வகை செய்கிறது. இந்த உள்ளூர் திட்டமிடும் அதிகார மன்றங்கள் அமைக்கப்பட்டுவிட்டால், இப் பகுதிகள் ஒரே சீரான முறையில் வளர்ச்சி அடையும் பொருட்டு இப் பெருந் திட்டங்களைச் செயல்படுத்துவது பற்றிய பிரச்சினைக்கு இந்த அதிகார மன்றங்கள் முனைப்பாக நாட்டம் செலுத்தும்.

(உ) நகர்ப்புறப் பகுதிகளுக்கான விரிவான வளர்ச்சித் திட்டங்கள் :

நகர்ப்புறப் பகுதிகளில் தாறுமாறான வளர்ச்சி அல்லது திட்டமிடப்படாத வளர்ச்சியைத் தடுக்கும் பொருட்டு, வளர்ச்சி அடைந்துவரும் அல்லது வருங்காலத்தில் வளர்ச்சியுறுமென எதிர்பார்க்கப்படுகிற நகர்ப்புறப் பகுதிகளில் தெரிந்தெடுக்கப்பட்ட சில பகுதிகளுக்கான விரிவான வளர்ச்சித் திட்டங்களைத் தயாரிப்பதே இச் சிறப்புக் கோட்டம் மேற்கொண்டுள்ள பணியாகும். இம் மாநிலத்தில் நகர்ப்புற நகரங்களுக்குள் 451 சதுர கிலோமீட்டர் உள்ள 702 பகுதிகளுக்கான விரிவான வளர்ச்சித் திட்டங்கள் நிறைவேற்ற எடுத்துக் கொள்ளப் பட்டுள்ளன. இவற்றில் 214 திட்டங்களுக்கு அனுமதி வழங்கப் பட்டுள்ளது. அவை நிறைவேற்றப்பட்டு வருகின்றன. இத் திட்டங்களைத் தயாரித்துச் செயல்படுத்துவதற்காக உள்ளாட்சி மன்றங்களுக்கு அரசு கடன் உதவி அளிக்கிறது. இதற்காக 1974-75-ல் நகராட்சிகளுக்கு ரூ. 5.4 லட்சம் கடனுதவி வழங்கப் பட்டது.

[1975 மார்ச் 27

(எ) பயணிப் போக்குவரத்து, சரக்குப் போக்குவரத்து ஆய்வுகள் :

சென்னை மாநகரம் தவிர இம் மாநிலத்தில் உள்ள நகர்ப்புற நகரங்களுக்கான பயணிப் போக்குவரத்து, சரக்குப் போக்குவரத்து ஆய்வுகளை முன்னுரிமை அடிப்படையில் மேற்கொண்டு திட்டங்களைத் தயாரிக்கக் கருதப்பட்டுள்ளது. இத் திட்டத்தில் ஒரு பகுதியாக, கோயம்புத்தூர், மதுரை ஆகிய இடங்களில் இந்த ஆய்வுகள் மேற்கொள்ளப்பட்டுள்ளன. கோயம்புத்தூரில் இந்த ஆய்வில் நல்ல முன்னேற்றம் காணப்பட்டுள்ளது. அங்கு தொடக்க ஆய்வுகளை முடித்த பின்னர், சரக்குப் போக்குவரத்து திட்டம் தயாரிப்பது மேற்கொள்ளப்பட்டுள்ளது. மதுரையில் இப்பணி 1973-74-ல் தொடங்கப்பட்டு நடப்பாண்டிலும் தொடரப்பட்டது. இம் மாநிலத்தில் உள்ள இந்த இரண்டு பெரிய நகர்ப்புற நகரங்களுக்கும் ஏனைய முக்கியமான நகரங்களுக்கும் உரிய பயணிப் போக்குவரத்து, சரக்குப் போக்குவரத்துத் திட்டங்களை ஒருங்கிணைக்கும் பொருட்டு, நகர-நாட்டுப்புற அமைப்புத் திட்ட இயக்குநர் அலுவலகத்தில் உள்ள இப்பிரிவை திருத்தி அமைக்கக் கருதப்பட்டுள்ளது.

(ஒ) நகர-நாட்டுப்புற அமைப்பில் ஆராய்ச்சி :

பல்வேறு திட்டங்களை அறிவியல் அடிப்படையில் செயல்படுத்துவதற்கு நகர-நாட்டுப்புற அமைப்பில் செய்முறை ஆராய்ச்சி மேற்கொள்வது மிகவும் அவசியமாகிறது. ஏனைய பொதுவான, பல்வகைப் பணிகளுடன் நகர-நாட்டுப்புற அமைப்பு இயக்குநர் அலுவலகத்தில் உள்ள சிறிய பிரிவு ஒன்று இப் பணியைத் தற்போது கவனித்து வருகிறது. நகர்ப்புற வளர்ச்சி, வட்டாரத் திட்டமிடுதல் குறித்த செய்முறை ஆராய்ச்சிப் பணி, நகர-நாட்டுப்புற அமைப்பு இயக்குநர் அலுவலகத்திற்குள் தனிப்பட்ட பிரிவு ஒன்றின்கீழ் மேற்கொள்ளப்பட வேண்டும் என்று கருதப்பட்டது. அப் பிரிவை ஏற்படுத்துவதற்கான செயற்குறிப்பு அரசின் பரிசீலனையில் உள்ளது.

2. நகர-நாட்டுப்புற அமைப்பில் வல்லுநர்களுக்குப் பயிற்சி.

பல்வேறு நகர-நாட்டுப்புற அமைப்புத் திட்டங்களை தொழில் நுட்பப் பணியாளர்கள் மேற்கொள்ள இயலும் பொருட்டு, நகர-நாட்டுப்புற அமைப்பில் வல்லுநர்களுக்குப் பயிற்சி

1975 மார்ச் 27]

யளிப்பதற்காக ஆண்டுத் திட்டத்தில் நிதி ஒதுக்கம் செய்யப் பட்டுள்ளது. 1975-76-ல் இதற்காக ரூ. 0.9 லட்சம் நிதி ஒதுக்கப் பட்டுள்ளது.

3. தமிழ்நாடு 1971 ஆம் ஆண்டு நகர-நாட்டுப்புற அமைப்புத் திட்ட சட்டத்தைச் செயல்படுத்துதல்.

தமிழ்நாடு 1971 ஆம் ஆண்டு நகர-நாட்டுப்புற அமைப்புத் திட்டச் சட்டம், சென்னைப் பெருநகரத் திட்டப் பகுதி நீங்கலாக மாநிலம் முழுவதிலும் 15—9—1973 முதல் செயலுக்குக் கொண்டு வரப்பட்டது. அப்பகுதிக்கு இது 15—8—1974 முதல் பின்னர் நீட்டிக்கப்பட்டது. இச் சட்டத்தின் விதித் துறைகளைச் செயல்படுத்த நடவடிக்கை எடுக்கப்பட்டுள்ளது. இத் துறையில் அரசு மேற்கொண்ட மிக முக்கியமான நடவடிக்கைகள் கீழே கொடுக்கப்பட்டுள்ளன.—

வட்டார, உள்ளூர்த் திட்டப் பகுதிகளை அறிவித்தல்;

எட்டு வட்டாரப் பகுதிகளுக்குரிய வட்டாரத் திட்ட அதிகார மன்றங்களை ஏற்படுத்தல்;

மாநிலத்தின் நகர்ப்புற நகரங்களுக்கான உள்ளூர் திட்ட அதிகார மன்றங்களை ஏற்படுத்தல்;

மாநில நகர-நாட்டுப்புற அமைப்புத் திட்ட வளர்ச்சி நிதியை ஏற்படுத்தல்.

இந்த அதிகார மன்றங்கள் விரைவில் ஏற்படுத்தப்படும் என்றும், முன்னரே தயாரிக்கப்பட்ட வரைவு வட்டாரத் திட்டங்களையும், பெருந் திட்டங்களையும் அவற்றின் முன் அரசு வைக்கக் கருதி யுள்ளதென்றும் எதிர்பார்க்கப்படுகிறது. அப்போதுதான் இத் திட்டங்கள் செய்முறைப்படுத்தப்பட்டு அவற்றிற்கு இறுதி வடிவம் கொடுக்க முடியும். பின்னர், அவற்றைச் செயல்படுத்த மேற்கொண்டும் நடவடிக்கைகள் எடுக்கப்படும். மேற்சொன்ன (IV) இனத்தில் கூறப்பட்டுள்ள மாநில நகர-நாட்டுப்புற அமைப்புத் திட்ட வளர்ச்சி நிதியை ஏற்படுத்துவது சட்டப் படிக்கான கடப்பாடாகும். அது அரசின் பரிசீலனையில் உள்ளது. இந்நிதி ஏற்படுத்தப்பட்டால், நகர்ப்புற வளர்ச்சிக்காக இதன் தொகை பயன்படுத்தப்படும். ஏனையவற்றிற்கிடையே வளர்ச்சித் திட்டங்களுக்காக இந்நிதியிலிருந்து தொகைகள் மானியமாக அல்லது கடனாகத் திட்ட அதிகார மன்றங்களுக்கு வழங்கப்படும்.

[1975 மார்ச் 27

4. நகர-நாட்டுப்புற அமைப்பு இயக்குநர் அலுவலகம் மேற்கொண்ட ஏனைய முக்கியமான பணிகள்.

நகர்ப்புற நகரங்களில் ஏற்பட்டு வரும் வளர்ச்சி நிலைகளைப் பெருக்கி உரிய வழிகளில் வளர்ச்சி அடைய ஆலோசனை நல்கும் நோக்குடன், சில விதிகளையும் விதிமுறைகளையும் வகுப்பது இன்றியமையாததாக இருந்தது. கீழ்க்கண்டவை குறித்து இத் துறையில் நடவடிக்கை எடுக்கப்பட்டுள்ளது :—

(i) **மண்டலமாகப் பிரிப்பதற்கான விதி முறைகள்.**—நகர்ப்புற நகரங்களுக்குள் நிலத்தைப் பயன்படுத்துவதைக் கட்டுப்படுத்த மண்டலப் பிரிப்பு விதி முறைகளை வகுப்பது அவசியம் என்று கண்டறியப்பட்டது. மண்டலப் பிரிப்பு விதி முறைகள் குறித்த அடங்கல் திட்டம் ஒன்று உருவாக்கப்பட்டு, அரசால் ஏற்பளிக்கப்பட்டுள்ளது. இதைப் பின்பற்றுவதற்கு உள்ளூர் அதிகார மன்றங்களுக்கு அனுப்பப்பட்டுள்ளது.

(ii) **பலமாடிக் கட்டிடங்கள், அரசுக் கட்டிடங்கள் விதிகள், 1974.**—சென்னை மாநகரில் அண்மைக் காலத்தில் பெருகி வரும் பலமாடிக் கட்டிடங்கள், அரசுக் கட்டிடங்கள் முறைப்படுத்துவதற்காக, சிறப்பு விதிகள் இயற்றுவது அவசியம் என்று கருதப்பட்டுள்ளது. அவ்வண்ணமே, இதற்கான சிறப்பு விதிகளை அரசு இயற்றியுள்ளது. அவை 1975 மார்ச் 3 ஆம் நாளிலிருந்து செயலுக்குக் கொண்டுவரப்பட்டுள்ளன.

(iii) **கட்டிட விதிகள்.**—தமிழ்நாடு மாவட்ட நகராட்சிகள் சட்டத்தின் கீழும், தமிழ்நாடு ஊராட்சிகள் சட்டத்தின் கீழும் இயற்றப்பட்ட கட்டிட விதிகள், நகர்ப்புற, கிராமப்புற பகுதிகளில் உள்ள கட்டிடங்கள் அனைத்திற்கும் தற்போது பொருந்துகின்றன. சில பகுதிகளில் காணப்படும் குறிப்பிட்ட பிரச்சினைகளைக் கருத்தில் கொள்ளாமல் இந்த விதிகளைச் சீராகச் செயல்படுத்த முடியாது என்று இந்த விதிகளைச் செயல்படுத்திய போது கண்ட அனுபவத்திலிருந்து தெரிய வந்தது. எனவே, நகரங்களிலும், மலைப் பகுதிகளிலும் வளர்ச்சியுற்ற பகுதிகளுக்காக சிறப்பு விதிகளைச் சேர்க்கும் பொருட்டு, இந்த விதிகளில் திருத்தம் செய்யக் கருதப்பட்டுள்ளது. நகர-நாட்டுப்புற அமைப்புத் திட்ட இயக்குநர் அலுவலகத்தின் நாட்டத்தை இது தற்போது ஈர்த்துள்ளது. மேலும், மதுரை மாநகராட்சிக்குள் கட்டிடங்கள் கட்டுவதை முறைப்படுத்த தனிப்பட்ட விதிகளை இயற்றுவது பற்றியும் அரசு பரிசீலித்து வருகிறது.

1975 மார்ச் 27]

5. சென்னைப் பெருநகர்ப் பகுதி.

(i) சென்னைப் பெருநகர் வளர்ச்சி அதிகார மன்றத்தின் அலுவல்கள்.—மாநிலத்தின் 12.46 மில்லியன் நகர்ப்புற மக்கள் தொகையில் 3.17 மில்லியன் மக்கள் சென்னைப் பெருநகர்ப் பகுதியில் வாழ்கின்றனர். இது மொத்த நகர்ப்புற மக்கள் தொகையில் 25 சதவீதமாகும். பெருநகர்ப பகுதியின் மக்கள் தொகை 1991-ல் 5.82 மில்லியனாக உயரும் என்று எதிர்பார்க்கப் படுகிறது. 1971-ஆம் ஆண்டு நகர-நாட்டுப்புற அமைப்புத் திட்டச் சட்டத்தின்கீழ் ஏற்படுத்தப்பட்ட சென்னைப் பெருநகர் வளர்ச்சி அதிகார மன்றம், பெருநகர்ப் பகுதிக்குள் நகர்ப்புற வளர்ச்சித் திட்டத்தைத் தயாரித்துச் செயல்படுத்துவதிலும், செங்கற்பட்டுக்கருகில் துணை நகரமான "மறைமலை நகர்" வளர்ச்சியிலும் நல்ல முன்னேற்றம் காட்டியுள்ளது. பெருநகர்ப் பகுதிக்குள் துணை நகரப் பகுதி குறித்து திட்டமிடுவதிலும் வளர்ச்சியடையச் செய்வதிலும் சென்னைப் பெருநகர் வளர்ச்சி அதிகார மன்றம் குறிப்பிடத்தக்க முன்னேற்றம் அடைந்துள்ளது. எண்ணூர்-மணலி நகர்ப்புறப் பகுதியை தொழிற்சாலை-குடியிருப்புத் தொகுதியாக மேம்படுத்தும் நோக்குடன் அதனை மேம்படுத்தும் பணியை இம் மன்றம் மேற்கொண்டுள்ளது.

மறைமலை நகர் துணை நகரத்தையும், மணலி துணை நகர்ப் பகுதியையும் அமைப்பதற்குத் தெரிந்தெடுக்கப்பட்ட பகுதிகளை மேம்படுத்துவதற்குரிய பணியை அதிகார மன்றம் முன்னரே தொடங்கியுள்ளது. பெருநகர்ப் பகுதிக்கான பெருந் திட்டம் அறிவிக்கப்படும்போது, சென்னைப் பெருநகர்ப் பகுதி குறித்து திட்டமிடுவதில் முக்கியமான ஒரு முன்னேற்றத்தை நகர-நாட்டுப் புற அமைப்புத் திட்டச் சட்டத்தின்கீழ் சொல்லியுள்ளவாறு விரைவில் அடைவோம். அண்ணாசாலையைப் புதுப்பித்தல், பிராட்வேயில் உள்ள வெளியூர் பேருந்து நிலையத்தை மாநகரப் பேருந்து நிலையம்-கடைகள் தொகுதியாக மாற்றுதல், மெரினா கடற்கரையை அழகுபடுத்தல் ஆகியவை இந்த அதிகார மன்றம் மேற்கொண்ட ஏனைய நகர்ப்புற வளர்ச்சித் திட்டங்களில் அடங்கும்.

இந்த அதிகார மன்றத்திடம் வீட்டு மனைகள் விற்பனை வளர்ச்சிப் பொறுப்பும் ஒப்படைக்கப்பட்டுள்ளது. இதன் மூலம் மாநகரத்திலுள்ள அரசுக்குச் சொந்தமான, பொருத்தமான வெற்று நிலங்களை மேம்படுத்துவதற்காக எடுத்துக்கொண்டு,

அவற்றை வாணிகப் பயன்களுக்காகப் பயன்படுத்த அரசு கருதுகிறது. அவ் வகையில் இது ஒரு நல்ல முயற்சியாகும். இத்தகைய வளர்ச்சி மூலம் பெருக்கப்படுகின்ற உபரி நிதி வசதி சென்னைப் பெருநகர வளர்ச்சி அதிகாரமன்றத்தின் நிதிவசதிகளை மேம்படுத்தி அவ் வசதிகளை மேலும் மேம்பாட்டு நடவடிக்கை களுக்கு முதலீடு செய்வதற்கு துணை புரியுமென்று நம்பப்படுகிறது.

இதனோடு கூட, சென்னைப் பெருநகர பகுதி முழுமையையும் ஒன்றாக எடுத்துக்கொண்டு அதற்கெனத் தனியாக பெருநகர வளர்ச்சி வரவு-செலவுத் திட்டத்தைத் தொகுக்க முடிவு செய்யப் பட்டுள்ளது. இது எதற்காகவெனில், அப் பகுதியில் செய்யப்பட வேண்டிய மொத்த முதலீடுகள் எவ்வளவு என்று தெரிந்து கொள்வதற்காக மட்டுமின்றி நிதியுதவி, ஒத்துழைப்பு, வளர்ச்சிக் கண்காணிப்பு ஆகியவற்றிற்கும், துறை வாரித் திட்டங்கள் அனைத்திற்கும் திறமையுடன் செயல்படுத்துவதற்கும், குறிப்பாக, குடிநீர் வழங்கல், வடிகால் பணிகள், பயணிகள் போக்குவரத்து, வீட்டு மனைகள், மேம்பாடு வீட்டு வசதி, குடிசைப் பகுதிகள் மாற்றும் பணி ஆகியவற்றைத் திறமையாகச் செயற்படுத்து வதற்கும், உரியதொரு சிறந்த கொள்கையை உருவாக்குவதற் காகவுமே ஆகும்.

மேற்குறித்த வளர்ச்சி நடவடிக்கைகள் அனைத்தும் மிகப் பெரும் அளவினையுடைய திட்டங்களாகும். ஆகவே திட்டத்திற்குத் தேவையான நிதி வசதியை மாநில அரசு மட்டுமே திரட்டுவது என்பது இயலாது. இந்த வளர்ச்சி குறித்த வேலைத்திட்டங்களின் வெற்றியானது அரசுக்குள்ளும் அரசுக்கு வெளியேயும் நிதி வசதி களைத் திரட்டுவதையே கணிசமான அளவில் பொறுத்துள்ளது. சென்னை பெருநகரப் பகுதியின் வளர்ச்சிக்காக மத்திய அரசு நிதி உதவி அளிக்க வேண்டுமெனக் கேட்டுக் கொண்டு இவ் வரசு பன்முறை எடுத்துக் கொண்ட முயற்சிகள் ஓரளவிற்கு வெற்றி யடைந்துள்ளன. அதாவது, அத்தகைய முயற்சிகளுக்குப் பிறகு சென்னை பெருநகரப் பகுதியின் நிதித் தேவைகளை மதிப்பிடும் பொருட்டு மத்திய அரசு, மற்றும் மாநில அரசுகளின் அதிகாரிகள் அடங்கிய உயர்நிலைக் குழு ஒன்றை மத்திய அரசு தற்போது நியமித்துள்ளது. பெருநகர வளர்ச்சிப் பணிக்காக மத்திய அரசிட மிருந்து போதுமான அளவிற்கு நிதியுதவிகள் கிடைக்க இக் குழுவின் பரிவுரைகள் வழிகோலுமென நம்பப்படுகிறது. அதே

சமயத்தில் மாநில அரசும் மாநகர வளர்ச்சித் திட்டத்திற்கு உதவியளிப்பதற்காகவும், அத்திட்டங்களைச் செயற்படுத்துவதற்கு நிதியுதவியளிப்பதற்காகவும் உலக வங்கி, உலக நாடுகள் வளர்ச்சித் திட்டம் போன்ற அனைத்து நாட்டு நிறுவனங்களுடன் பேச்சு வார்த்தை நடத்தி வருகிறது. இப் பேச்சு வார்த்தைகள் விரைவில் வெற்றி பெறுமென்பதற்கான அறிகுறிகள் தென்படுகின்றன.

(ii) **சென்னை மாநகருக்கான பேரளவு, விரைவுப் போக்குவரத்து ஏற்பாடு.**—பெருநகரப் பகுதிக்குள்ளாக பெருமளவில் நெருக்கமாக வாழ்கின்ற நகர் மக்கட் தொகையின் தேவைகளை நிறைவு செய்யும் பொருட்டு, நகர-நாட்டுப்புற அமைப்புத் திட்ட இயக்குநர் அலுவலகம், அடங்கல் பயணிகள்-போக்குவரத்து திட்டமொன்றை ஏற்கெனவே வகுத்துள்ளது. அதன்கண் பல்வேறு இரயில் பாதைகள், சாலைகள் இவற்றின் வளர்ச்சி, சாலைவழிப் போக்குவரத்து வளர்ச்சி ஆகியவற்றிற்கான திட்டங்களும் மாநகரின் நடுவில் செல்லும் விரைவுப் போக்குவரத்து ஏற்பாட்டுக்கான வழி வகையும், மத்திய வாணிகப் பேரிடத்திற்கான திட்டமும் அடங்கியுள்ளன. இரயில்வே துறை அதிகாரிகளுடன் கலந்து ஆலோசித்து விரைவுப் போக்குவரத்து ஏற்பாட்டிற்கான திட்டமொன்றும் பரிசீலனையில் உள்ளது. திட்டத்தைச் செயல்படுத்துவதற்காக போக்குவரத்து அளவு குறித்த செலவைக் கருதும் நோக்கில் அமைந்த சாத்தியக்கூறு ஆய்வுப்பணியை தற்போது பெருநகர போக்குவரத்துத் திட்டம் (இரயில்வே) மேற்கொண்டுள்ளது. நடப்பாண்டில் இத்திட்டத்தைச் செயல்படுத்துவதில் மேலும் முன்னேற்றம் இருக்குமென எதிர்பார்க்கப்படுகிறது.

URBAN DEVELOPMENT POLICY NOTE.

The high growth rate of urbanisation in the last two **decades**, if allowed to continue without a carefully prepared urbanisation policy, is bound to create imbalances not only in the spatial location of urban population, but also in the economic structure and urban environment within these centres. Such an urbanisation policy can only be evolved within a broader regional context. The Directorate of Town and Country Planning has been reorganised and a modern Town and Country Planning legislation has been enacted in order to facilitate comprehensive planning with regional plans at the top and detailed development plans and master plans for urban centres at local level. The concept of planning for the State as a whole has been brought about in the new strategy evolved for Town and Country Planning. The work of the Directorate of Town and Country Planning has been reorganised and brought under the following functional divisions :—

(*a*) Regional Plans ;

(*b*) Master Plans for urban centres ;

(*c*) Detailed Development Plans for selected areas within urban centres ;

(*d*) Traffic and Transportation division for special studies on traffic and transportation problems; and

(*e*) General and Research division where applied research to assist the planning programmes are undertaken. These divisions are assisted by eight regional offices located in important centres of the State. These regional offices not only assist the specialised divisions at the headquarters but also render technical advice on Town and Country Planning matters to local bodies within their jurisdiction. The work carried out by the functional divisions of the Directorate of Town and Country Planning are briefly as follows :—

(*a*) *Regional Planning.*—The objectives of regional planning are—

(i) Identification of a hierarchy of urban settlements;

(ii) Identification of the economic potential of the regions ; and

(iii) Preparation of Regional Development Plans for the regions.

The Government have already launched a programme for Regional Planning within the State to achieve the above objectives. The State has been delineated into eight planning regions and draft regional plans have been formulated for all of them. Action has already been intiated to prepare sub-regional plans for smaller areas within the region which would spell out the future urbanisation pattern and identify a hierarchy of urban centres and indicate optimum population for each of them. It is hoped that finalisation of the regional plans and preparation of detailed sub-regional plans will be completed for the entire State in the coming two years.

(b) *Master Plans for urban centres.*—The urban development programme in the State is proposed to be implemented within the frame work of the findings of the regional plans already prepared for the eight planning regions into which the State has been delineated. Since the Madras Metropolitan Area presents more complicated urban development problems, it has been decided to bring the development programmes of the metropolitan area under a special authority called the Madras Metropolitan Development Authority in order to provide undivided attention to the development of the metropolis. The details of the development programmes for the metropolitan area has been given elsewhere.

Based on the hierarchy of urban centres identified in regional plans, master plans have been prepared in respect of 24 centres and are under preparation for 14 centres in the State. The 1971 Town and Country Planning Act provides for the constitution of Local Planning Authorities for each of these urban centres. It is hoped that once these local planning authorities have been constituted the question of implementing these master plans will receive active consideration of these authorities to guide the growth of these centres in an orderly manner.

(c) *Detailed Development Plans for urban areas.*—The work undertaken by this specialised division is preparation of detailed development plans for selected areas in urban centres which are in the process of development or likely to develop in the near future in order to prevent haphazard and unplanned development taking place in these areas. Seven hundred and two Detailed Development Plans have been taken on hand within the urban centres of the State covering in all 541 sq. kms. and 214 out of these have been sanctioned and are in the process of implementation The

Government provides loan assistance to local bodies for the preparation and implementation of these schemes. A sum of Rs. 5.4 lakhs was given as loan assistance to municipalities during the year 1974-75 for the purpose.

(d) *Traffic and Transportation Studies.*—It is proposed to undertake traffic and transportation studies and prepare transportation plans for the major urban centres of the State also apart from Madras City on a priority basis. As part of this programme, studies have been undertaken in Coimbatore and Madurai. Good progress has been made in Coimbatore where after completing the preliminary studies preparation of a transportation plan has been taken on hand. Work in Madurai has been commenced during the year 1973-74 and continued during the current year. With a view to co-ordinate the traffic and transportation plans for these two major urban centres and for the other important centres in the State, it is proposed to reorganise the traffic and transportation study unit in the Directorate of Town and Country Planning.

(e) *Research in Town and Country Planning.*—Applied research in Town and Country Planning is considered very essential in order to implement the various programmes in a scientific manner. This work at present is being attended to by a small division in the Directorate of Town and Country Planning along with the other general and miscellaneous works of the department. It is considered that applied research work on urban development and regional planning has to be organised under a separate cell within the Directorate of Town and Country Planning. The question of organising such a cell is under consideration of the Government.

2. *Training of specialists in Town and Country Planning.*—In order to provide technical personnel for undertaking the various Town and Country Planning Programmes, provision has been made in the annual plan for training of specialists in the field of Town and Country Planning. For the year 1975-76, a provision of 0.9 lakh has been made for training of specialists in the field of Town and Country Planning.

3. *Implementation of Tamil Nadu Town and Country Planning Act,* 1971.—The Tamil Nadu Town and Country Planning Act, 1971, was brought into force with effect from 15th September 1973 throughout the State except the Madras Metropolitan Planning Area to which the said Act was subsequently extended with effect from

15th August 1974. Action has been initiated to implement the provisions of the Act. The more important action initiated by the Government in this direction are the following :—

(i) Declaration of Regional and Local Planning Areas.

(ii) Constitution of Regional Planning Authorities for the eight planning regions.

(iii) Constitution of Local Planning Authorities for the urban centres of the State.

(iv) Establishment of a State Town and Country Planning and Development Fund.

It is expected that these authorities will be constituted soon and the Government proposes to place before them the draft regional plans and master plans already prepared, so that these plans could be processed and finalised and further steps taken to implement them. The constitution of a State Town and Country Planning and Development Fund referred to in item (iv) above, is a statutory obligation and the matter is under the consideration of the Government. The Fund when constituted will be utilised for urban development and moneys from the fund will be advanced to Planning Authorities as grants or loans for, among others, the preparation of development plans.

4. *Other important works undertaken by the Directorate of Town and Country Planning.*—With a view to keep abreast with the trends of development in urban centres and to guide the developments along proper lines, formulation of certain rules and regulations were found essential. Action has been initiated in this direction in respect of the following :—

(i) *Zoning regulations.*—It was found necessary to evolve a set of zoning regulations to control use of land within urban centres. A comprehensive set of zoning regulations have been evolved and approved by the Government and communicated to local authorities for adoption.

(ii) *Multi-storeyed and Public Building Rules*, 1974.—For the purpose of regulating the multi-storeyed and public buildings which has been on the increase in the recent past in Madras City a new set of special rules are considered necessary. The Government have accordingly framed a new set of special rules for multi-storeyed and public buildings which have been brought into force with effect from 3rd March 1975.

(iii) *Building Rules.*—At present a set of building rules formulated under the Tamil Nadu District Municipalites Act and Tamil Nadu Village Panchayats Act are applicable to all buildings in urban and rural areas. Experience in the enforcement of these rules has brought out the fact that these rules cannot be applied uniformly without reference to special problems of certain areas. It is, therefore, proposed to amend these rules in order to incorporate special rules for built up areas in towns and hilly areas. This is at present engaging attention of the Directorate of Town and Country Planning. Further, the Government is also considering formulation of separate rules for regulating building activities within Madurai Corporation.

5. *Madras Metropolitan Area*—(i) *Activities of the Madras Metropolitan Development Authority.*—The Madras Metropolitan Area accounts for 3.17 million out of 12.46 million urban population of the State. This is about 25 per cent of the total urban population. It is anticipated that the population of metropolitan area will reach a figure of 5.82 million by the year 1991. The Madras Metropolitan Development Authority constituted under the Town and Country Planning Act of 1971, has made good progress in formulation and the implementation of urban development programme within the metropolitan area and also in the development of "Maraimalainagar" a satelite town near Chinglepu which has also been entrusted to it. The Madras Metropolitan Development Authority has also made significant progress in the Planning and Development of urban nodes within the metropolitan area It has taken on hand the development of Ennore-Manali urban node with a view to develop it into an industrial-*cum*-residential complex.

The Authority has already commenced physical development on the sites selected for locating Maraimalainagar satelite town and Manali Urban Node. A milestone in the Planning of the Madras Metropolitan Area will be reached when the master plan for the metropolitan area will be notified as required under Town and Country Planning Act shortly. The other urban development programmes with which the Authority is currently engaged include Annasalai redevelopment programme, redevelopment of the mofussil bus stand at Broadway into a city bus terminal-*cum*-shopping complex, beautification of the Marina, etc. The authority has also been entrusted with the responsibility of real estate development, a venture through which the Government hopes to take up for development of suitable vacant Government lands in the City and put

them to commercial uses. The surpluses generated through such a development, will, it is hoped, augment the resources of the Madras Metropolitan Development Authority and enable it to invest the same in further developmental activities.

Simultaneously it has been decided to compile a separate metropolitan development budget for the Madras Metropolitan Area as a unit in order not only to identify the total investments being made in the area but also to evolve a policy for financing co-ordinating, monitoring and effectively implementing all the sectoral projects, particularly those relating to water-supply and drainage, traffic and transportation, land development, housing and slum-clearance.

All the developmental activities mentioned above are of such a magnitude that the State Government alone will not be able to raise the required finances for the project. The success of such developmental programmes depend to a considerable degree on mobilisation of internal and external resources. The repeated efforts made by this Government for canvassing Central assistance for the development of the Madras Metropolitan Area have achieved a measure of success in that the Union Government have now appointed a High Level Committee consisting of officials of the Government of India as well as the State Government to assess the financial requirements of the Madras Metropolitan Area. It is hoped that his Committee's recommendations will pave the way for the flow of adequate finances for development work from the centre. At the sametime, the State Government is also negotiating with international institutions like the World Bank and UNDP for assistance to the urban development project and financial assistance for implementation of projects. Indications are that these negotiations will prove successful shortly.

(ii) *Mass Rapid Transit System for Madras City.*—With a view to cater to the massive concentration of urban population with in the metropolition area a comprehensive traffic and transportation plan has already been evolved by the Directorate of Town and Country Planning which includes plans for the development of a rail road net work, surface transport and provision of a rapid transit system through the City Centre and the Central Business district. The plan for a rapid transit system is under consideration with the railway authorities and a feasibility study from the point of view of cost of traffic potential for implementation of the plan has been taken on hand by the Metropolitan Transport Project (Railways), Madras. Further progress in the implementation of this project is expected during the current year.

தமிழ்நாடு சட்டமன்றப் பேரவை
TAMIL NADU LEGISLATIVE ASSEMBLY
வாய்மையே வெல்லும்
TRUTH ALONE TRIUMPHS